

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Alltägliche Realitäten: Die Multiplizität von Heilpraktiken in einer
tansanischen Klinik

verfasst von | submitted by

Johanna Auer BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Janina Meillan-Kehr

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Dott. Dott. mag. Dr. Giorgio Brocco

Danksagung

Die Erzählungen, die im Herzen dieser Arbeit liegen, offenbaren intime Momente. Es sind diese Momente, die Bilder und Emotionen in der Leserschaft hervorrufen und es ihr ermöglichen, der Lebensrealität möglichst nahe zu kommen. Zugleich sind es auch jene Momente, die eine Machtasymmetrie zwischen Anthropolog*innen und Forschungsteilnehmenden hervorrufen. All jene Personen, die mich während meiner Forschung an ihrem Leben teilnehmen ließen, machten sich selbst und ihr Umfeld verwundbar, mein besonderer Dank und meine Verpflichtung gilt daher ihnen. An erster Stelle geht mein Dank daher nach Tansania an das Team der Klinik¹ – *Team Oxo* – sowie an die dort tätigen Praktikant*innen. Ich danke jedem einzelnen Teammitglied für die liebevolle Aufnahme in der Klinik, die unzähligen Einblicke, die sie mir alle gewährten und das Vertrauen, das sie mir schenkten. Danke für das *sunbathing* in unseren Pausen, für unsere Yoga-, Volleyball- und Workout-Sessions außerhalb des Dienstes, für die gemeinsamen Abende am Lagerfeuer, für die Wochenenden in der Stadt, für unsere Karaoke-Abende und spontanen Tanzeinlagen und vor allem für jedes gemeinsame Lachen. Die Fürsorge beschränkte sich nicht nur auf meine Feldforschung, auch während meines gesamten Schreibprozesses war das Team der Klinik stets für mich da und motivierte mich. Tief verbunden bin ich vor allem auch Meshack, einem Heiler der Arusha Region, für den Empfang bei sich zu Hause, den Einblick in sein Heilwissen und unsere stundenlangen Gespräche über Heilung und die Geschichte der Region. In Tansania geht ein großer Dank vor allem auch an die beiden Projektleiterinnen und Gründerinnen der NRO. Die beiden Ärztinnen ermöglichten mir nicht nur die Feldforschung in der Klinik, sondern bringen mir seit Jahren ihr Vertrauen entgegen. Ich danke an dieser Stelle auch meinen Freunden Sadera, Moses, Salum und Akili die mir stets mit Antworten zu Fragen über Tansania zu Seite standen, mich zur Reflexion über Post-, Neo-, und Kolonialismus anregten und bei der Suche nach akkuraten Englisch-Übersetzungen für Swahili, Meru und Maasai Begriffe unterstützten.

In Wien geht ein besonderer Dank an meine Betreuerin Janina Kehr und meinen Co-Betreuer Giorgio Brocco. Die beiden begleiteten mich von Anfang an mit großem

¹ Im Weiteren bezeichne ich die Gesundheitseinrichtung, in der meine Forschung stattfand, als die Klinik. Die Nichtregierungsorganisation, welche die Klinik leitet und verwaltet, nenne ich im Folgenden die NRO. Team Oxo ist die Selbstbezeichnung des Teams.

Engagement durch die Findungsphase bis hin zum Schreibprozess mit Ideen und Feedback. Ihre inhaltlichen Vorschläge, Kommentare und Verweise auf Literatur halfen mir wesentlich bei der Entwicklung und Strukturierung meiner Masterarbeit. Meiner Familie, insbesondere meinen Eltern und meinen beiden Brüdern, möchte ich nicht nur für das Korrekturlesen meiner Masterarbeit danken, sondern auch für ihre unermüdliche Unterstützung und Ermutigung auf meinem Weg durch das Studium.

Als Anthropologin und Forscherin sehe ich es als meine Verantwortung, die Lebensrealität so gut wie möglich zu porträtieren und zugleich das Herz dieser Realität zu schützen. Damit dies gelingt, verfolge ich einige zentrale Absichten. Während das Team der Klinik und die Menschen in der Arusha Region so präsent wie möglich in dem vorliegenden Text auftreten, stehen zugleich Ausschnitte der Realität zum Schutz der Personen im Feld unter Verschluss. Um deren Privatsphäre zu gewährleisten, kam es zur Änderung spezifischer Details, die Aussagekraft und Besonderheit der konkreten Situationen ist dennoch aufrechterhalten (Livingston 2012, 26). Es handelt sich bei allen Namen von Akteur*innen im Feld, sofern nicht anders angegeben, um Pseudonyme. Zudem mache ich mich selbst für die Leserschaft sichtbar, indem der Text in erster Person geschrieben ist. Dem liegt zu Grunde, dass zum einen meine Anwesenheit im Feld und im Text, die Ereignisse und Darstellungen unweigerlich mitgestaltet und zum anderen damit kognitives, sensorisches, körperliches und affektives Bewusstsein und Wissen vermittelt wird und man somit die Klinik hoffentlich phänomenologisch erfassen kann (Livingston 2012, 26–27; Eriksen 2015, 45). Darüber hinaus sollen Theorie und Methoden einen reflektierenden Rahmen bieten. Mit den folgenden Worten von Julie Livingston möchte ich mich daher an die Leserschaft richten: “You will have to rely on my words and your imagination to grasp the humanity in the pages that follow“ (Livingston 2012, xi). Es ist letzten Endes ein Akt der Balance zwischen Vulnerabilität und Sicherheit, der mit einer großen Verantwortung seitens der Anthropolog*innen und einem enormen Vertrauen seitens der Teilnehmenden einhergeht. All jenen die mir dieses Vertrauen schenkten, bin ich zu großem Dank verpflichtet.

Abschließend bleibt mir nur noch zu sagen:

Nashukuru sana – vielen Dank!

Glossar

[sw. = Swahili, engl. = Englisch, dt. = Deutsch]. Die Übersetzungen sind jene der Autorin, basierend auf Informationen der Forschungsteilnehmenden und der Literatur.

dawa [sw.]

Medikament/Arzneimittel/Heilmittel. Dabei gibt es im Feld folgende Unterscheidungen: *Dawa za kisasa* trägt die englische Übersetzung *modern medicines* oder *pharmaceutical medicines*. Im Feld meist auch nur *dawa* bezeichnet. Es handelt sich dabei um synthetische Arzneimittel, die sich auf biomedizinische Evidenz stützen. Die Phrasen *za asili*, *za jadi*, *za kienyeji* übersetzt man allesamt mit „traditionell“, im Kiswahili verkörpern sie allerdings unterschiedliche zeitliche und räumliche Dimensionen und deuten daher auf ein differenzierteres Verständnis von Tradition hin (Langwick 2011, 87–88). *Natural medicines*, *herbal medicines* und *(natural) remedies* ist die englische Übersetzung im Feld für *dawa za asili*. *Dawa za asili* bezieht sich auf Arzneimittel, die auf Naturstoffen basieren. Die internationale Gemeinschaft zielt darauf ab, deren Wirksamkeit anhand biomedizinischer Evidenz zu messen, dies muss allerdings nicht gegeben sein. Im Kiswahili übersetzt trägt der Begriff *asili* (bzw. *asilia* als Adverb) die Bedeutung natürlich (Bruchhausen 2010, 252) und deutet darauf, das Grundelement, den Ursprung des Heilmittels, zu beschreiben. *Dawa za jadi* und *dawa za kienyeji* wird im Feld mit *traditional medicines* oder *local medicines* übersetzt und kann magische Elemente aber auch Naturstoffe beinhalten. Die Wirkung ist biomedizinisch nicht zwingend nachweisbar. Während sich *jadi* auf die Abstammung und die Weitergabe durch Generationen bezieht, orientierte sich *kienyeji* auf die Lokalität der Medizin. *Kienyeji* trägt unter der tansanischen Bevölkerung

heute häufig eine negative Konnotation mit sich (Langwick 2011, 87–88, 2008, 437).

**mganga/waganga
[sw.]**

Heiler*in oder Arzt/Ärztin. Findet sowohl Anwendung für nichtbiomedizinische als auch biomedizinisch Praktizierende. Dabei gibt es unter anderem folgende Unterscheidungen: Für *waganga wa (tiba) asili*, *waganga wa jadi* und *waganga wa kienyeji* ist die englische Übersetzung *traditional healers* und manchmal auch *local healers* in Verwendung. *Waganga wa asili* trägt im Feld auch die Bezeichnung *natural healers* also Naturheiler*innen. *Waganga wa kienyeji* bezeichnet zumeist Personen, deren Heilmethoden magische Elemente/Hexerei beinhalten. Im Englischen daher auch oft *witchdoctor* genannt. In Tansania ist diese Bezeichnung zumeist negativ konnotiert. *Mganga* kann auch eine biomedizinische Ärztin bzw. biomedizinischen Arzt beschreiben und ist synonym mit dem Begriff *daktari* in Verwendung.

tiba [sw.]

Behandlung oder Medizin. Dabei gibt es unter anderem eine Unterscheidung zwischen *tiba asili* (engl. *natural healing*, *natural medicine*, dt. Naturmedizin/Naturheilkunde), *tiba mbadala* (Alternativmedizin), *tiba/tiba ya kisasa* („Moderne Medizin“).

Tiba ist auch in Verwendung für den Begriff Behandlung (eng. *treatments*), z.B. *tiba asilia* als *natural treatment*. *Mtibabu* bedeutet wörtlich übersetzt ebenfalls Behandlungen und das Verb *tibu* bedeutet zu behandeln. Im Feld wird *matibabu* auch als Heilung verstanden und *matibabu asilia* als *natural healing* übersetzt.

uchawi/mchawi [sw.]

Hexerei/Hexe/Hexer (bzw. jmd./etwas schaden). Im Feld verwendet man auch die englische Bezeichnung

witchcraft/black magic bzw. *witch*. *Uchawi* verfolgt schädliche Absichten und unterscheidet sich von Magie, die zum Entertainment Anwendung findet.

uganga [sw.]

Heilung (bzw. jmd./ etwas heilen). Herkömmlich bedeutet *uganga* Heilung. Heute ist er zumeist in Bezug auf „tansanische traditionelle Heilpraktiken“ in Verwendung (Nichols-Belo 2018, 722) und wird im Feld oftmals mit Magie in Verbindung gebracht.

uponyaji [sw.]

Heilung. Stammt von dem Verb *kuponya* (heilen) ab. *Uponyaji* kann beispielsweise durch religiösen Glauben, eine geistliche Person, Heiler*innen oder biomedizinisches Fachpersonal erfolgen. Das Nomen *mponyaji* übersetzt man mit Heiler*in, Anwendung findet es zumeist jedoch im religiösen Kontext. (*Mungu ndiye mponyaji* – Gott ist der Heiler.) Während sich *kuponya* darauf bezieht, dass man jemanden heilt, bedeutet *kupona*, dass einem selbst Heilung widerfährt. Im Deutschen und im Englischen bedeutet *uponyaji* genauso wie *uganga* Heilung. Wie sich hier zeigt, können die Begriffe allerdings in unterschiedlichem Kontext Anwendung finden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Teil 1 EIN WEG DURCH DAS THEORETISCHE UND PHYSISCHE FELD	12
1. Theoretische Überlegungen	13
1.1 Spektrum der Heilpraktiken in ihrer Komplexität	13
1.1.1 Soziale Konstruktion einer Dichotomie: „Traditionelle Medizin“ und „Moderne Medizin“	14
1.1.2 Ein biomedizinischer Referenzrahmen	20
1.2 Multiple Erfahrungen: Institutionell artikulierter Pluralismus und pragmatische Beziehungen	23
1.2.1 Kritik und (Weiter-)Entwicklung des Medizinpluralismus	24
1.2.2 Postkoloniale Heilung und Multiplizität	27
2. Datenerhebung, Datenanalyse und Reflexion	32
2.1 Positionierung im sozialen Feld und ethische Anforderungen	34
2.1.1 Eine soziale und intime Angelegenheit	35
2.1.2 Machtdynamiken und damit einhergehende Verantwortungen	39
2.1.3 Ethische Überlegungen	42
2.2 Methoden: Von teilnehmender Beobachtung bis hin zur Datenanalyse	45
2.2.1 Erfassen der sozialen Welt	45
2.2.2 Reflexion und Analyse	47
Coda zu Teil 1	49
Teil 2 EIN BLICK AUF DIE VERGANGENHEIT: NARRATIVE DER TANSANISCHEN MEDIZINGESCHICHTE	51
3. Macht über Existenz: Legitimation und Institutionalisierung in der tansanischen Heillandschaft	52
3.1 Macht die heilt: Dynamiken der (vor-) kolonialen Heillandschaft	53
3.2 Dynamiken einer unabhängigen Heillandschaft	57
4. Heillandschaft am Fuße des Mount Meru	61
4.1 Vorkoloniale Zeit	63
4.2 Kolonialismus	66
4.3 Heutige (Heil)landschaft	69
Coda zu Teil 2	72
Teil 3 ‘HEALING IS LIFE’: ERGEBNISSE DER ETHNOGRAPHISCHEN FELDFORSCHUNG	74
5. Institutionelles Gefüge	76
5.1 Organisieren, Registrieren und Regulieren	78
5.2 Institutionalisierte Wege des Wissens	84
5.3 Institutionalisierte Subjekte und Objekte	87
6. Intersubjektive Interaktionen: Klinikpersonal im institutionellen Setting	90
6.1 Ambivalenzen: Raum der biomedizinischen oder multiplen Ordnung?	91
6.2 Mehr als Klinik	98
6.3 Wissen und Erfahrung in einem multiplen Gefüge	105
7. Materielle Realitäten	108
7.1 Bewegung von Personen und Materialitäten	109
7.2 Synthetische und pflanzliche Arzneimittel in der Klinik	113

8.	“Heal from where you are“	120
Coda zu Teil 3		126
9.	Conclusio	127
9.1	Ausblick, Limits und weiterführende Fragen	129
Anhang		138

Einleitung

Wir standen vor dem Einfahrtstor der Klinik. Stille. Kaum jemand war auf der Straße unterwegs. Die Ruhe, die uns umgab, war bezeichnend. Die Hektik, die ich aus anderen Gesundheitseinrichtungen aus Tansania kenne, war hier nicht spürbar. Um uns herum eine Ebene aus Gras und Büschen, vereinzelt ein paar Akazien, der Mount Meru² ragte hinter der Klinik empor. Wir hatten Feierabend. Während einige von uns schon auf dem Heimweg waren, wartete ich noch gemeinsam mit Happy auf ihre Mitfahrgelegenheit. Sie wandte sich an mich. In ihrer Stimme lag die gleiche Ruhe wie die, die uns umgab und dennoch hörte man die Erschütterung aus ihren Worten heraus „I told them to give her the medication, everything will be okay if they just give her the medication. But they didn't. Now I have to go to her funeral. I told them to just give her the medication.“ Noch vor einer Woche behandelte sie ein Familienmitglied gemeinsam mit ihrer Kollegschaft in der Klinik. Das Kind litt an Diabetes. Sie erklärte den Eltern wie wichtig es sei, dass sie ihrem Kind die Medikamente geben, erklärte ihnen wieso das Kind die Medikamente braucht, was Diabetes ist und wie die Medikamente wirken. Als das Kind nach dem letzten Klinikbesuch erneut einen diabetischen Schock erlitt, brachten die Eltern ihr Kind zu einem Kirchenoberhaupt und suchten Heilung im Gebet. Die Medikamente gaben sie dem Kind nicht. Ich musste daran denken, dass auch Happy täglich ihr Gebet an Gott richtete. Unser Gespräch wurde unterbrochen. Ein *pikipiki* (Moped) machte vor uns Halt, Happy setzte sich hinter den Fahrer und winkte mir zum Abschied zu. Ich blickte ihr nach, als sie auf der Straße davonfuhr. Es ist jene Straße, die vorbei an der Klinik, durch den Nationalpark in die nächste Stadt Arusha führte. Die Klinik war von einem pflanzlichen Zaun umgeben. Schon aus der Ferne erkannte man die grünen Dächer des eingeschossigen Gebäudekomplexes. Auf der gegenüberliegenden Straßenseite befand sich die katholische Kirche und das Regierungsgebäude des *mwenyekiti* (Dorfvorsteher*in).

Szenenwechsel. Wenige Kilometer Luftlinie entfernt von der Klinik. Ich war zu Besuch bei Meshack, wir saßen auf einer Bank in seinem Haus aus Lehm. Das Dach bedeckte ein verzinktes Wellblech, wie bei so vielen Häusern der Meru. Schon

² Der Mount Meru ist ein aktiver Vulkan mit einer Höhe von 4.566m im Norden von Tansania und damit der dritthöchste Berg Afrikas. Größtenteils bewohnt die ethnische Gruppe Meru den Mount Meru, ihr verdankt der Berg seinen Namen. Östlich vom Mount Meru befindet sich der 70 Kilometer entfernte Kilimanjaro. Mit 5.895m hat das Kilimanjaro-Massiv den höchsten Gipfel Afrikas und ist ein inaktiver Vulkan. Beide Vulkane sind dem Großen Afrikanischen Grabenbruch (*Great Rift Valley*) zuzurechnen (Williams 2022, 147; Cooper 2010, 59). Die Klinik befindet sich auf der Hochebene, die sich zwischen den beiden Vulkanen erstreckt.

mehrmals führte mich mein Weg zu dem *mganga wa asili* (meist übersetzt als Naturheiler, lokaler Heiler oder auch „traditioneller“ Heiler).³ Ich überreichte ihm den Honigbehälter, den er mir bei meinem letzten Besuch gab, Reste von Honig klebten noch an dem Plastikgefäß. Große Freude bei den Anwesenden, denn es ist ein Zeichen der Höflichkeit, gemeinsam den restlichen Honig vermischt mit Wasser zu trinken, vor allem wenn es sich um Heilhonig handelt, kein Tropfen darf vergossen werden. Ich war in Begleitung von Akili, einem langjährigen Freund von mir und Bekannten von Meshack. Während unseres Treffens richtete Meshack seine Worte auf Kimeru und Kiswahili⁴ an mich, Akili half mir bei der Übersetzung ins Englische. Auch der Sohn des Heilers, der im Gastgewerbe in der Stadt arbeitete, war dieses Mal anwesend. Wir waren in ein Gespräch über die Geschichte der Meru und der Region vertieft, als mich durch die offene Haustür eine Ziege anblickte. Ich richtete meine Aufmerksamkeit wieder nach innen und sah vor mir ein durchsichtiges Säckchen mit Medikamenten auf dem Tisch. Das Säckchen kam mir bekannt vor, ich fragte Meshack, ob er die Medikamente aus der Klinik habe. Mein Verdacht bestätigte sich. Er erzählte von seiner Augenentzündung und seiner Untersuchung in der Klinik. Die gleichen Augentropfen und die antibiotische Salbe hatte auch ich nur wenige Wochen zuvor von der Optikerin Rose der Klinik erhalten. Die staubige Landschaft sei die Ursache für häufig auftretende Augenentzündungen in der Region.

Szenenwechsel. Mein Blick glitt über die weißen Wände, vorbei an den Wandbehängen mit Zitaten vom buddhistischen Mönch Dalai Lama, einer Buddha Statue, einem Wirbelsäulen-Modell, einem Akupunktur Poster, einem Gebet des heiligen Franz von Assisi, weiteren Objekten und Wandbehängen. Eine große Fensterfront eröffnete die Sicht auf die Landschaft an der Rückseite der Klinik, hohe Gräser, vereinzelt Büsche und Bäume, inmitten der Grasebene ein Fluss, der dem Mount Meru entspringt und in der Ferne die Baumgrenze, die den Beginn des tropischen Bergregenwaldes andeutet. Die weißen Wände bildeten ein Oktagon, inmitten dieses

³ Ich erachte die Kategorien „traditionell“/„traditionelle Medizin“ und „modern“/„moderne Medizin“ und dahingehend auch die Bezeichnung „traditionelle Heiler*innen“ als sozial konstruiert und historisch situiert (Bignante und Tecco 2013, 177; Lambert 2010, 457). Die vorliegende Arbeit beabsichtigt die Kategorien aufzubrechen und dabei sowohl die Vielfalt an Expert*innen und Praktiken in der tansanischen Heillandschaft als auch die biomedizinische Validierung zu betonen. Hierzu verwende ich neben den im Feld anzutreffenden Begrifflichkeiten die analytischen Kategorien Biomedizin und Nichtbiomedizin. Eine nähere Ausführung findet sich im Kapitel 1.1 „Spektrum der Heilpraktiken in ihrer Komplexität.“

⁴ Kimeru ist die indigene Sprache der ethnischen Gruppe Meru. Kiswahili ist neben Englisch die nationale Amtssprache in Tansania.

Behandlungsraums saßen wir vier uns gegenüber. Karolina eine österreichische, biomedizinische Allgemeinmedizinerin und vom tansanischen Staat zertifizierte traditionelle Heilerin, Happy⁵ eine tansanische, biomedizinische Krankenschwester und vom Staat zertifizierte traditionelle Heilerin, eine junge Frau, die sich Heilung erhoffte und ich, eine Anthropologiestudentin aus Wien. Karolina richtete ihre Worte an die Patientin, „Do you still think sometimes of your baby?“ Die junge Frau verbarg ihr Gesicht in ihren Händen, eine Träne rollte über ihre Wange. Sie nickte. Sanft berührte Karolina die Patientin an der Hand und deutete ihr auf dem Fauteuil am Fenster Platz zu nehmen, zu ihren Füßen ein Tisch mit einer Wasserschale, Blütenblätter ruhten auf der Oberfläche des Wassers. Karolina und Happy knieten sich neben der Frau hin. Die Stille des Raums füllte sich mit Mitgefühl, immer wieder kam es zu zaghaften Berührungen. Karolina führte mit sanfter Stimme die junge Frau durch eine Imagination, sie sprach über die Liebe und Geborgenheit, die die Mutter ihrem Kind im Mutterleib schenkte und die Dankbarkeit des Kindes für die empfundene Fürsorge. Nach und nach sprach die junge Frau Karolina die Worte eines Ritus der peruanischen Q'ero Schamanen⁶ nach. Die junge Frau war mit ihrem Mann aus der Stadt angereist. Vor ein paar Jahren war sie in einem tansanischen Krankenhaus, kurz bevor sie eine Fehlgeburt erlitt. Während ihrer Schwangerschaft hatten biomedizinische Ärzt*innen Auffälligkeiten in ihrem Blutbild diagnostiziert. Ihr unerfüllter Kinderwunsch führte sie heute in die Klinik. Die Ergebnisse der biomedizinischen Diagnostik waren unauffällig, die geglaubte Ursache für die ausbleibende Schwangerschaft war durch die Labortests ausgeschlossen. Als Karolina dem Ehepaar wenigen Minuten zuvor die Ergebnisse übermittelte, war die Stimmung gedrückt, denn was könnte dann die Ursache sein? Karolina fragte nach Stress und Belastung im Leben der jungen Frau. Das Ehepaar nannte einzelne belastende Umstände. Nach ein paar Minuten bat Karolina den Ehemann den Raum zu verlassen, sie versicherte ihm, dass es sich um ein Frauengespräch handle. Der Mann verließ den Raum. Nachdem wir nun nur unter Frauen waren, entfalteten sich neue Dimensionen der Heilung - der Ritus und die Frau im

⁵ Während der gesamten Behandlung übersetzt Happy immer wieder von Englisch ins Kiswahili. Sie assistiert seit Jahren nicht nur Karolina bei Behandlungen, sondern fungiert auch als Übersetzerin. Karolina richtet dennoch ihre Worte zumeist direkt an die Patient*innen, blickt ihnen in die Augen und berührt sie. Ihre guten Kiswahili- und Englischkenntnisse ermöglichen ihr auch direkt mit den Patient*innen zu sprechen.

⁶ Jenen Text den Karolina mit der jungen Frau auf sagte, findet in ihren Treffen mit Patientinnen oft Anwendung, vor allem wenn hinter dem Leiden und Schmerz der Frau mehr als biomedizinische Ursachen steckt. Seit Generationen geben Frauen diese Weisheit an Frauen weiter. Der Ritus soll Frauen Last von ihren Schultern nehmen.

Mittelpunkt. Nach dem Ritual nahmen wir alle wieder Platz an dem runden Holztisch. Karolina richtete erneut ihre Worte an die Patientin und erklärte, auf was sie achten müsse, damit sie sich selbst und ihren Körper bereit mache für eine Schwangerschaft. Karolina wies sie auf Ernährung hin und welche Lebensmittel gut für sie seien und welche nicht. Sie betonte, den negativen Einfluss von Stress auf den Körper und bat sie, die verschriebenen *Remedies* (sw. *dawa za asili*, Arzneimittel basierend auf Naturstoffen) regelmäßig einzunehmen. Karolina wollte ihren Zustand weiter beobachten und bat daher die Patientin erneut in die Klinik zu kommen. Sie verabschiedeten sich und Karolina wünschte ihr alles Gute.

Drei Szenen, die die Leserschaft dazu einladen, sich mit dem Forschungsfeld⁷ der vorliegenden Arbeit vertraut zu machen. Wir blicken von innen in die Klinik und über ihre Grenzen hinaus und von außen in die Klinik hinein. In dem sich meine Aufmerksamkeit auf die Klinik richtet, fokussiere ich mich auf einen ausgewählten Raum, in dem sich unterschiedliche Heilpraktiken begegnen. Diese Begegnung von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Praktiken ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Durch die staatliche Absicht „duale traditionelle und moderne Gesundheitseinrichtungen“ zu implementieren (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41), erfährt diese Begegnung derzeit in Tansania eine Institutionalisierung. Die Klinik in der Arusha Region im Nordosten Tansanias ist die erste dieser Einrichtungen.⁸ Die Arbeit skizziert daher die gegenwärtige Heillandschaft der Arusha Region am Fuße des Mount Meru. Zwar kann man diese exemplarisch für Tansania heranziehen, allerdings möchte ich die Lokalität der Gegebenheiten in den Vordergrund stellen. Im Mittelpunkt steht die Diskussion des anzutreffenden Spannungsfeldes zwischen dem institutionell artikulierten Vorhaben und der täglichen Gestaltung in der Praxis, dieses bildet mein zentrales Forschungsinteresse. Genau dieses Spannungsfeld erlaubt uns die Offenlegung von historischen, politischen,

⁷ Das Bild einer Klinik verleitet zu der Fantasie eines begrenzten Gebietes, einen Ort an dem sich Forscher*innen bewegen und den sie beschreiben. Doch was Anthropolog*innen tatsächlich als Forschungsfeld beschreiben, ähnelt einem Event oder einer Performance, es ist nicht statisch, sondern in ständiger Bewegung und Veränderung. Es konstruiert sich durch Beziehungen zwischen Anthropolog*innen und Informant*innen (Coleman und Collins 2006, 12).

⁸ Ende 2023 erhielt Karolina die Information vom Gesundheitsministerium, dass bald auch regionale Krankenhäuser ein Department für *tiba asili* zusätzlich zu dem bisherigen Angebot führen werden.

sozialen und kulturellen Dimensionen der postkolonialen Realitäten⁹ der tansanischen Bevölkerung und eines daraus entstehenden „politicized and deeply intimate battle“ über die Frage „who and what has the right to exist“ (Langwick 2011, 232). Im Laufe der Arbeit zeigt sich, dass die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit Kolonialismus, Missionierung, Unabhängigkeits-, Modernisierungs- und Liberalisierungsbestrebungen zu betrachten sind. Der Blick in die Geschichte offenbart einen Prozess der Neudefinierung von Heilung und der Neubewertung von Heilpraktiken und den Objekten, denen man sich darin widmet. Vor dem Kolonialismus unterschied man in Tansania zwischen *uchawi* (Praktiken, die schädliche Absichten verfolgen) und *uganga* (Praktiken, die heilende Absichten verfolgen). Während des Kolonialismus und der Einführung von Biomedizin, kam es zur Neudefinierung von *uganga* (Nichols-Belo 2018, 724; Langwick et al. 2015, 494), Kolonialmächte unterschieden nun zwischen „Hexerei“ und „traditioneller Medizin“ und postulierten „moderne Medizin“ als deren Gegenstück. Während „Hexerei“ Kriminalisierung erfährt, durchleben jene Praktiken, die vom Staat unter „traditioneller Medizin“ zusammengefasst sind, eine Institutionalisierung¹⁰ und Professionalisierung. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass diese institutionelle Neudefinierung in der tansanischen Öffentlichkeit zu einem Gefüge an Praktiken, Objekten, Subjekten und Begriffen unterschiedlicher Epistemologien und Ontologien führt. Ich widme mich daher, um es mit den Worten von Langwick zu sagen, der postkolonialen Heilung (Langwick 2011) in Tansania.

Die drei Szenen, die am Anfang dieser Arbeit stehen, rücken unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund. Das zentrale Thema stellt dabei die Existenz unterschiedlicher Heilpraktiken, Heilwissen, Expert*innen, Objekte und Wege auf der Suche nach Heilung dar. Diesem Phänomen widme ich im Laufe der Arbeit unter anderem meine Aufmerksamkeit. Die beschriebenen Szenen verdeutlichen diese Thematik. Beispielsweise illustrieren sie, dass sich unterschiedliche Heilpraktiken und Expert*innen gegenseitig nicht ausschließen. Man kann biomedizinisch diagnostizieren, um das Leiden zu erklären und dennoch sowohl in biomedizinische Praktiken und Arzneimittel

⁹ Langwick zu Folge sei Postkolonialismus “[...] about the continuities and discontinuities of imperial power” (Langwick 2011, 237).

¹⁰ Als Institutionalisierung verstehe ich im Weiteren den Prozess, der von Institutionen ausgeht, der mit Vorgaben der jeweiligen Institution einhergeht. Gesundheitseinrichtungen sehe ich dabei wie Chabrol und Kehr nicht nur als „institutions for medical emergencies,“ sondern als „truly multiple places“ (Chabrol und Kehr 2020). Ich verstehe sie als Raum der multiplen Ordnung der über den biomedizinischen Referenzrahmen hinausgeht (Street 2014; Street und Coleman 2012).

als auch in anderen Praktiken oder Expert*innen vertrauen, um Heilung zu erfahren. Zudem finden auch Elemente unterschiedlicher Heilpraktiken, wie etwa eine Buddha Statue neben einem Wirbelsäulen-Modell, im Behandlungssetting Einzug. Während sich in allen drei Erzählungen die Klinik als Anlaufstelle für Heilung darstellt, unterscheiden sich Beweggründe, Ausgänge und involvierte Expert*innen. In der ersten Szene fand die Familie von Happy nicht die erhoffte Heilung und wandte sich danach der Religion zu, um für Heilung zu beten. In der zweiten Szene konnte Meshack als *mganga wa asili* auf eigenes Heilwissen zurückgreifen, holte sich dennoch Rat in der Klinik¹¹ und in biomedizinischen Methoden, durch die er Verbesserung der Beschwerden erlebte. In der dritten Szene war man durch biomedizinische Methoden mit Enttäuschung konfrontiert und erhoffte sich durch nichtbiomedizinische Heilmethoden im Kliniksetting Lösungen. Es eröffnen sich in den Erzählungen außerdem unterschiedliche Heilräume, jene des Heims, der Kirche und der Klinik. Expert*innen denen Patient*innen darin begegnen sind beispielsweise geistliche Personen, biomedizinisch Praktizierende, *waganga wa asili* (sg. *mganga wa asili*), die in den eigenen vier Wänden praktizieren bis hin zu Heiler*innen mit einem staatlichen Zertifikat als „traditionelle Heiler*innen“, die in einer Klinik praktizieren und zudem eine zusätzliche biomedizinische Ausbildung aufweisen.

Grundpfeiler für die Auseinandersetzung mit diesen soeben beschriebenen Interaktionen stellt in der Anthropologie das Konzept des Medizinpluralismus dar. Ich verorte daher die vorliegende Arbeit in der Medizinanthropologie und dem Diskurs rund um die Beziehung verschiedener Heilpraktiken. Dabei thematisiere ich insbesondere die vermeintliche Dichotomie „Moderne Medizin“ (MM) und „Traditionelle Medizin“ (TM). Obwohl es sich um sozial konstruierte und zu kritisierende Kategorien handelt (Marsland 2007; Langwick 2008), so ist den Kategorien dennoch in der tansanischen Öffentlichkeit ein „epistemic and bureaucratic weight“ (Langwick 2008, 437) inhärent. Um Sinn und Struktur aus der Vielfalt an Begrifflichkeiten und Praktiken zu schaffen, nutze ich das Konzept des Medizinpluralismus. Dieses erfährt in den letzten Jahren sowohl Kritik als auch Weiterentwicklung. Das Konzept des Pluralismus kommuniziert nämlich Statik (Eriksen 2015, 313; Langwick 2011, 236), getrennte Medizinsysteme und vernachlässigt historische, politische, ökonomische, gesellschaftliche

¹¹ Bei einem anderen Treffen mit Meshack erzählt er mir, dass er bisher nur wenige Male auf „pharmazeutische“ Arzneimittel zurückgegriffen hat und dies häufig nur auf Rat seines Sohnes. Oftmals hätte er die Arzneimittel auch nicht zur Gänze aufgebraucht.

Dimensionen (Hsu 2017). Dies birgt die Gefahr die Hegemonie der Biomedizin in der Heillandschaft zu verschleiern. Basierend darauf hinterfrage auch ich das Konzept des Pluralismus und stütze mich in meiner Kritik insbesondere auf die Anthropologin Stacey Ann Langwick (2011, 2008). Ich argumentiere, dass eine Neuausrichtung die multiplen und lokalen Erfahrungen, gesellschaftliche Ungleichheiten und die biomedizinische Validierung, die die weltweite Heillandschaft prägt, in den Vordergrund stellen muss, um weiterhin analytische Berechtigung zu haben. Um mich der postkolonialen Heillandschaft zu widmen, wende ich mich daher von der Idee des Pluralismus ab und stattdessen der Multiplizität zu.

Die Notwendigkeit Multiplizität in den Fokus zu rücken, offenbart die Auseinandersetzung mit dem Alltag in der Klinik. Allen drei Szenen, die diesem Kapitel vorangestellt sind, ist gemein, dass mir als Forscherin und der Leserschaft bestimmte Momente verborgen bleiben. Wir wissen nicht, welche anderen Heilpraktiken und Expert*innen die Personen im Feld aufsuchen. Auch das Klinikpersonal kann oftmals nicht auf diese Informationen zurückgreifen und dennoch ändert das nichts an der Tatsache, dass die Erfahrungen der Patient*innen multipel sind. Nicht nur die Multiplizität deren Lebensrealität, sondern auch jener des Klinikpersonal übt einen Einfluss auf die Behandlungen aus. Die Erzählungen, die dieser Arbeit zu Grunde liegen zeigen auf, dass diese multiplen Erfahrungen im Mittelpunkt von Heilung stehen und die tansanische Heillandschaft gravierend prägen. In diesem Kontext erörtere ich einerseits die Einflussnahme von Institutionalisierung und intersubjektiven Begegnungen, andererseits die Legitimität von Materialitäten innerhalb von Heilerfahrungen. Darüber hinaus verstehe ich die Klinik als einen Raum der multiplen Ordnungen (Street und Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239) und die Klinik selbst als multiplen Ort (Chabrol und Kehr 2020) und rücke, wie bereits Stacey Langwick, den Körper multipel (Langwick 2008, 437) in Anlehnung an Annemarie Mol (2002) in den Fokus. Dadurch konstruiere ich Multiplizität als besonderes Charakteristikum einer Institution wie der Klinik und der dort erlebten Heilerfahrungen. Die vorliegende Arbeit soll damit nicht nur einen Beitrag zur Einsicht in die tansanische Heillandschaft leisten, sondern bietet auch Anregung, multiple Erfahrungen und multiple Realitäten in den Fokus des Verständnisses von Heilung und Medizin zu rücken.

Der Klinikkomplex, das Regierungsgebäude, die Kirche und die Lehmhütte von Meshack, üben nicht nur einen Einfluss auf den Landstrich aus, sondern zeigen auch,

dass unterschiedliche Institutionen Einfluss auf die Heillandschaft ausüben. Während ich mich zwar all diesen Institutionen im Laufe der Arbeit widme, erhalten die private Klinik der NRO und der Staat besondere Aufmerksamkeit. Dabei fokussiere ich mich insbesondere auf deren institutionellen Vorgaben und wie diese im Alltag ausverhandelt werden. Im Laufe der Arbeit diskutiere ich die Einflussnahme der Institutionalisierung auf die Heilpraktiken und Heilerfahrungen. Obwohl institutionelle Vorgaben des Staats nur bestimmte Subjekte und Objekte in einem institutionellen Rahmen legitimieren, offenbaren meine und andere Forschungen (Langwick 2011; Marsland 2007; Nichols-Belo 2018), dass auch andere Subjekte, Objekte und Praktiken in Tansania anzutreffen sind. Ich argumentiere, dass die multiplen Erfahrungen der Praktizierenden und Patient*innen diese anderen Materialitäten und Realitäten sichtbar machen.

Die intersubjektiven Begegnungen in der Klinik und das dadurch entstehende Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Heilpraktiken, Expert*innen, Wissen, Subjekten und Objekten prägen die Formen, das Verständnis und die Erfahrung von Heilung maßgeblich. Beziehungen, die hier und im Laufe der Arbeit deutlich werden, sind jene zur Gemeinschaft, Patient*innen, Familie, Religion und Natur, die von politischen, wirtschaftlichen, historischen und gesellschaftlichen Dimensionen gekennzeichnet sind. Alle drei Szenen verdeutlichen unter anderem unterschiedliche Beziehungen zur Familie, die sich durch die Heillandschaft und die Klinik ziehen (z.B. sich um die Familie kümmern; die Weitergabe des Ritus über Generation). Wie die erste Szene veranschaulicht, spielt auch Religion eine zentrale Rolle in der tansanischen Heillandschaft. Beinahe das gesamte Klinikpersonal und auch die Patient*innen, denen ich begegnete, sind gläubig, sie gehören unterschiedlichen Glaubensgemeinschaften an, beten für Heilung und vertrauen in Gott. Mir begegnet im Laufe meiner gesamten Forschung jedoch immer wieder die Ansicht des Klinikpersonals, dass beten allein nicht ausreichend ist. Glaube ohne Handlungen würde verfehlen: „God does his part, and we do ours.“ Man müsse Medikamente verabreichen, behandeln und Heilung praktizieren. Glaube und biomedizinische Kenntnisse schließen sich hier nicht aus. In der Klinik trifft man auf ein weiteres zentrales Narrativ, welches die intersubjektiven Beziehungen prägt: „Healing starts from where you are.“ Dabei bezieht man sich einerseits auf die heilende, beruhigende

Wirkung der Umgebung und andererseits die Atmosphäre, die Liebe innerhalb der Klinik.

Im Laufe der Erzählungen werden zudem unterschiedliche Materialitäten sichtbar. Elemente, wie biomedizinische Arzneimittel, finden sich im Heim eines traditionellen Heilers wieder, während man sich nichtbiomedizinischen Elementen, wie *dawa za asili*, in klinischen Räumen bedient. In beiden Settings, in der Klinik und im Heim des *mganga wa asili*, greift man somit sowohl auf Naturstoffe als auch auf synthetische Ressourcen zurück. Die ausgewählten Momente beschreiben Formen der Legitimität, das Recht bestimmter Materialitäten in bestimmten Räumen zu existieren. Ich argumentiere, dass die Auseinandersetzung mit Materialitäten die multiplen Ordnungen und Erfahrungen in einer Klinik sichtbar machen und wie Akteur*innen diese in einem Moment der Institutionalisierung der Beziehung von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Praktiken verhandeln.

Da das Klinikpersonal die pragmatischen Beziehungen zwischen Biomedizin und Nichtbiomedizin unter institutionellen Vorgaben täglich ausverhandeln muss, ist die Notwendigkeit seine Erfahrungen zu berücksichtigen augenscheinlich. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt daher auf dem Alltag des Klinikpersonals. In den Hintergrund meiner Forschung rücken die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient*innen sowie der *waganga wa asili* (im Feld oftmals engl. *natural healers*), *waganga wa jadi* und *waganga wa kienyeji* (im Feld oftmals engl. *witchdoctors*).¹² Auch andere Akteur*innen wie Sponsor*innen, NROs, Kirche und Staat nehmen empirisch nur sekundär Raum ein, da ich hierfür weitere und umfangreiche empirische Forschungen und theoretische Auseinandersetzung durchführen müsste, um auch deren Erfahrungen detaillierter wiederzugeben. Dies würde den Rahmen der Arbeit überschreiten. Dennoch versuche ich auch all die anderen Akteur*innen im Feld sichtbar zu machen.

Die Erzählungen basieren auf meiner zweimonatigen ethnographischen Feldforschung von Ende August bis Ende Oktober 2022 in der Klinik und meinem

¹² Alle drei Spezialisierungen von *waganga* tragen im Englischen und Deutschen oftmals die vereinheitliche Kategorisierung „traditionelle Heiler*innen“ und „lokale Heiler*innen“. Dass die Spezialisierungen der Expert*innen, die unter diese Kategori vereinheitlicht werden, jedoch deutlich vielfältiger sind, lässt die Studie von Jessica Erdsieck vermuten, sie spricht von insgesamt 23 verschiedenen Spezialisierungen (Erdsieck 2003, 57 zit. nach Böhme 2015, 306). *Waganga* kann unter anderem auch biomedizinische Ärzt*innen bezeichnen. Für ein leichteres Leseverständnis bezeichne ich jedoch lediglich jene Heiler*innen die nicht in der Klinik tätig sind als *waganga*.

erneuten Besuch als Volontärin von Mai bis Oktober 2023. Während meine Forschung 2022 stattfand, diente mein Aufenthalt 2023 der Klärung offener Fragen, der Reflexion mit dem Klinikteam und durch den zeitlichen Abstand der Ordnung von Erkenntnissen. Durch meinen Alltag in der Klinik begleitete mich die folgende Fragestellung: Wie gestaltet sich Heilung in einer tansanischen Klinik, wenn die Beziehung von Nichtbiomedizin und Biomedizin eine Institutionalisierung erfährt? Um die Antwort auf diese Frage zu finden, betrachtete ich die institutionelle, intersubjektive und materielle Ebene der Klinik.

Die vorliegende Arbeit setzt sich aus drei Teilen zusammen. Im Teil 1 formuliere ich den theoretischen und methodischen Rahmen. Dieser dient als Grundgerüst für die Auseinandersetzung mit Beziehungen von Heilpraktiken in Tansania und für eine reflektierte Auseinandersetzung mit meinen ethnographischen Ergebnissen. Im ersten Schritt diskutiere ich die Kategorisierung und Dichotomisierung von Heilpraktiken, dies ermöglicht eine kritische Auseinandersetzung mit der biomedizinischen Validierung, die in der postkolonialen Heillandschaft anzutreffen ist. In dem Kontext widme ich mich dem Forschungsstand des Medizinpluralismus und präsentiere meine eigenen theoretischen Überlegungen. Mein zweiter Schritt führt in die Klinik am Fuße des Mount Meru. Indem ich in diesem Kapitel den Feldzugang, die Datenerhebung und -analyse diskutiere, soll nicht nur meine Positionierung und Reflexion deutlich hervorgehen, sondern ich zeige auch, welchen Einfluss dies auf meine Forschungsergebnisse (potenziell) ausübt. Um die heute anzutreffenden Machtdynamiken innerhalb von Heilpraktiken und Wissenssystemen in Tansania nachvollziehen zu können, ist es notwendig, den historischen Kontext zu beleuchten. Aus diesem Grund steht im Teil 2 dieser Arbeit die Geschichte Tansanias im Vordergrund. Zuerst blicke ich auf den Wandel der nationalen Heillandschaft im Kontext der Missionierung, Kolonialisierung und anschließenden Unabhängigkeits-, Modernisierungs- und Liberalisierungsbestrebungen. Mein Fokus liegt dabei auf dem Recht der Existenz von Objekten, Subjekten und Wissen. Daran anschließend widme ich mich der Region am Fuße des Mount Meru und seiner Vergangenheit und stelle damit die Lokalität in den Mittelpunkt. Aufbauend auf die ersten beiden Teile, präsentiert Teil 3 die ethnographischen Ergebnisse. Diese gliedern sich in die Schwerpunkte Institutionalisierung, Intersubjektivität und Materialität. Zunächst thematisiere ich institutionelle Vorgaben und deren Einflussnahme auf Heilung,

Wissensformen, Objekte und Subjekte im Forschungsfeld. In dem Zusammenhang konzentriere ich mich auf die Unterfrage, wo sich Institutionalisierung zeigt und welchen Einfluss Institutionen auf Heilung und die Beziehung zwischen biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Heilpraktiken haben. Daran anschließend gehe ich genauer auf die pragmatische Beziehung von Biomedizin und Nichtbiomedizin in der Klinik ein und verdeutliche die Einflussnahme von intersubjektiven Begegnungen auf Heilerfahrungen. Ich widme mich der Frage, was die intersubjektiven Beziehungen des Klinikpersonals über das Erleben, Verstehen und Praktizieren von Heilung offenbaren. Dabei kristallisieren sich Ambivalenzen zwischen den institutionellen Vorgaben und dem Alltag heraus. Meine Auseinandersetzung mit Materialitäten anhand von synthetischen und auf Naturstoffen basierenden Arzneimitteln macht die Einflussnahme von Institutionalisierung und intersubjektive Begegnungen auf Heilerfahrungen sichtbar. Geleitet ist dieses Kapitel von der Frage, was und wer legitimiert den Austausch zwischen biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Arzneimitteln in der Klinik. Mit dem abschließenden Kapitel „Heal from where you are“, runde ich meine empirischen Ergebnisse ab und stelle in den Fokus, wie Heilung in der Klinik ausverhandelt wird. Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung der zentralen Schlussfolgerungen und der Beantwortung der Forschungsfrage sowie einem Ausblick auf offene Fragen.

Teil 1

EIN WEG DURCH DAS THEORETISCHE UND PHYSISCHE FELD

Auf dem Tisch vor mir lagen mehrere Plastiksäckchen, gefüllt mit weißem und grünem Pulver, daneben mehrere Wasserflaschen mit durchsichtiger, grünlicher oder bräunlicher Flüssigkeit. Jedes Säckchen und jede Flasche zierte ein Streifen weißes Krepppapier mit einer handgeschriebenen Aufschrift.¹³ Über den Tisch gebeugt stand *Clinical Officer*¹⁴ Nalah und erklärte gerade ihrem Patienten, der vor dem Tresen des *Remedy Department* saß, die Einnahme der *Remedies* (sw. *dawa za asili*, Arzneimittel basierend auf Naturstoffen). Mit ihrer biomedizinischen Ausbildung wurde sie hier außerhalb ihres eigenen Departments tätig und verschrieb ihrem Patienten nichtbiomedizinische Heilmittel. Es sind Momente wie diese, die mir erst sichtbar machten, welches Phänomen diese Forschung leitet, die Interaktion von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Praktiken. Sowohl der Blick in die Klinik mit den dort praktizierten Heilpraktiken als auch das Studieren von Literatur über die heutige Heillandschaft in Tansania und deren Geschichte macht deutlich, mit welcher Vielfalt an Behandlungen, Praktiken, Expert*innen und Anlaufstellen man in Tansania konfrontiert ist. Erst in den 1970er und 1980er Jahren erhielt das Phänomen in der Anthropologie vermehrte Aufmerksamkeit und es entwickelte sich basierend auf Werken von Charles Leslie (1976, 1980, 1975), Arthur Kleinman (1980) und John Janzen (1978, 2002), das Konzept des Medizinpluralismus.

Um sich dem Spannungsfeld in der Klinik – jenem zwischen den institutionellen Vorgaben der Beziehung verschiedener Heilpraktiken und der Praxis – zu nähern, dienen mir anthropologische Theorien und Methoden als Werkzeug. In einem ersten Schritt positioniere ich mich im theoretischen Feld meiner Forschung, indem ich mich mit dem theoretischen Konzept des Medizinpluralismus auseinandersetze und den Forschungsstand aufweise. In einem zweiten Schritt positioniere ich mich im physischen und sozialen Feld. Es stehen die Prozesse der Datenerhebung und der Datenanalyse sowie die begleitende Reflexion im Vordergrund. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse aus Theorie gemeinsam mit meinem methodischen Zugang, fungieren als imaginäre Brille, durch die ich auf mein Feld blicke.

¹³ Auf dem Krepppapier steht mit Kugelschreiber auf Kiswahili die Anweisung wie das Pulver einzunehmen ist.

¹⁴ *Clinical Officers* übernehmen in Tansania einzelne Aufgaben von biomedizinischen Ärzt*innen (*Medical Doctors*), ihre Ausbildung und Position unterscheidet sich allerdings von biomedizinischen Ärzt*innen.)

1. Theoretische Überlegungen

Den Grundpfeiler und Ausgangspunkt in meinem theoretischen Feld stellt das Konzept des Medizinpluralismus dar. Obwohl das Konzept des Medizinpluralismus oftmals kritisiert und weiterentwickelt wurde, ist es bis heute in der Anthropologie ein gängiges Konzept (siehe Olsen und Sargent 2017a). Auch ich erhebe auf den folgenden Seiten Kritik und stelle Überlegungen an das Konzept zu überarbeiten. Ich betrachte die Idee des Medizinpluralismus nicht als starres Gerüst, welches sich über ein soziales Phänomen stützen lässt. Auch Konzepte und Theorien sind in einem historischen Kontext gebettet und von sozialen und kulturellen Dimensionen durchzogen. Es benötigt daher eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem Forschungsstand, damit das Konzept des Medizinpluralismus dabei helfen kann, das soziale Phänomen zu ordnen und im besten Fall zu verstehen. Ziel des Kapitels ist es daher zunächst, die Komplexität von Heilpraktiken und ihrer Kategorisierung zu thematisieren, der Fokus liegt auf „traditioneller Medizin“ (TM) und „moderner Medizin“ (MM). Beide sind gesellschaftlich und bürokratisch relevant für die tansanische Heillandschaft (Langwick 2008, 437). In dem Kontext beleuchte ich die Machtdynamiken zwischen Heilpraktiken, Objekten und Formen der Wissensproduktion, die in der biomedizinischen Validierung gründet. Daran anschließend diskutiere ich das Konzept des Medizinpluralismus und die in der Anthropologie vorgebrachten Kritikpunkte und Neuansätze. Auf Grundlage dessen thematisiere ich, wie der Wechsel weg von der Idee des Pluralismus hin zu Multiplizität es möglich macht, die vielfältigen Epistemologien und Ontologien sowie deren biomedizinische Validierung zu diskutieren und sichtbar zu machen.

1.1 Spektrum der Heilpraktiken in ihrer Komplexität

Ziel dieses Kapitels ist es die Kategorien „traditionelle Medizin“ und „moderne Medizin“ sowie die Unterscheidungen und Dichotomisierung die damit einhergehen zu problematisieren. In erster Linie ist hierbei die soziale Konstruktion der Kategorien von Bedeutung, die einerseits im Überlegenheitsgedanken des Globalen Nordens eingebettet ist und andererseits Differenzen zwischen unterschiedlichen Heilpraktiken ignoriert. Zudem trägt die Kategorisierung und Dichotomisierung eine biomedizinische Validierung in sich, die in der Praxis dazu führt, dass Heilpraktiken und Formen des Wissens, die der „traditionellen Medizin“ zugeordnet sind, mit Ungleichheiten konfrontiert sind. Ich schlage ausgehend von den folgenden Kapiteln vor, statt von

Dichotomien zu sprechen, sich ein Spektrum (Olsen und Sargent 2017b, 1) oder eine Skala (Eriksen 2015, 38) an Heilpraktiken vorzustellen. Darüber hinaus zeige ich die Komplexität der Kategorien auf und erörtere unter anderem, dass sich die tansanische Bevölkerung die Kategorien angeeignet hat und sich dadurch lokalen Heilpraktiken und Heiler*innen neue Handlungsräume eröffnen.

1.1.1 Soziale Konstruktion einer Dichotomie: „Traditionelle Medizin“ und „Moderne Medizin“

Ein Blick auf die weltweite medizinische Landschaft und die Literatur bringt unweigerlich eine Konfrontation mit einer Flut an Begriffen, die unterschiedliche Formen der Lehre, Praktiken, Materialitäten, Leiden sowie Expert*innen, die sich gesunden und kranken Subjekten widmen, bezeichnen. Durch die Hegemonie des Globalen Nordens¹⁵, nehmen im internationalen Diskurs von dessen Elite formulierten Begrifflichkeiten eine Vormachtstellung ein. Das führt unweigerlich auch zu zusammenfassenden Kategorisierungen, die zudem auch mit Fehlinterpretationen einhergehen können. Im Laufe meiner Feldforschung ist für mich insbesondere die Komplexität der Kategorien, die in Verwendung sind, um unterschiedliche medizinische Lehren zu beschreiben, von Relevanz geworden. Schulmedizin, moderne Medizin, evidenzbasierte Medizin, klinische Medizin, wissenschaftliche Medizin oder Biomedizin, all das und mehr sind Begriffe aus dem Globalen Norden, die jene Medizin beschreiben, die Universitäten lehren. Dem gegenüber stellt man alle anderen Lehren und Praktiken, die mit Begriffen wie traditionelle Medizin, indigene Medizin, Naturheilkunde, Volksmedizin, Alternativmedizin, Komplementärmedizin, integrative Medizin, natürliche Medizin und pflanzliche Medizin zusammengefasst werden.

Im postkolonialen Tansania haben insbesondere die Bezeichnungen „moderne“ und „traditionelle“ Medizin¹⁶ eine bürokratische Bedeutung. Das zeigt sich unter anderem im Strategieplan des Gesundheitssektors, in dem die Rede von „dual traditional and

¹⁵ Auch bei den Bezeichnungen Globaler Norden und Globaler Süden handelt es sich um konstruierte Kategorien, die in der Wissenschaft, Politik und Gesellschaft als politische Begriffe Anwendung finden. Sie beziehen sich nicht (nur) auf die geografische Lage von Ländern, sondern weisen auf die ausbeuterischen Strukturen hin, die ihren Ursprung in Erfahrungen des Kolonialismus, Imperialismus, Ungleichheit und Ausbeutung haben. Diese Strukturen privilegieren den Globalen Norden und benachteiligen den Globalen Süden. Dabei gibt es keine klaren Grenzen (Comaroff und Comaroff 2012; Claudius Verlag München o.J.).

¹⁶ Auch die Bezeichnung „Alternativmedizin“ hat in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erhalten, im Weiteren liegt mein Fokus allerdings auf den Begriffen „traditionelle“ und „moderne“ Medizin.

modern health care facilities“ (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41) ist, sowie im *Traditional and Alternative Medicine Act* (Parliament of the United Republic of Tanzania 2002). Epistemische Bedeutung erhielten die Begriffe laut Langwick und Marsland erst während des Kolonialismus und der Missionierung, insbesondere durch die Einführung der Biomedizin. Hier haben die Kategorien auch ihren Entstehungsursprung. All jene Heilmethoden, Arten von Leiden und Expert*innen, die die koloniale Besatzung nicht der Biomedizin zurechnete, fasste sie in eine Kategorie zusammen, die „traditionelle“ Medizin (Langwick 2008, 437; Marsland 2007, 751). Zwei Aspekte möchte ich hier hervorheben, die diese Kategorisierung mit sich brachten. Zum einen handelt es sich um eine etische Bezeichnung, also die Kategorisierung verschiedener indigener Heilpraktiken von außerhalb der betroffenen Gruppe (Barnard 2010, 220). Dieses Vorgehen formuliert eine homogene Gruppe und verletzt zweifelsohne die Differenzen zwischen verschiedenen Heilpraktiken (Langwick 2008, 437; Marsland 2007, 753). Zum anderen ging dieser Prozess mit einer Wertung basierend auf einer „westlichen“ und biomedizinischen Validierung einher. Modernität und somit auch „MM“ trägt eine starke Assoziation mit dem Globalen Norden in sich und formuliert sich als Gegenteil von Tradition und damit in diesem Kontext zur „TM“, präsentiert als überholt, irrational, statisch als auch ahistorisch. Der Diskurs rund um Modernität und Tradition geht auch mit einer Reihe weiterer Dichotomien einher, wie etwa urban-rural, männlich-weiblich, Wissen-Glaube, entwickelt-unterentwickelt (Marsland 2007, 752–53; Klein 2012, 52). Mit anderen Worten, „TM“ und „MM“ sowie ihre Dichotomisierung ist sowohl „socially constructed“ als auch ein „product of modernity“ (Bignante und Tecco 2013, 177).

Die Auseinandersetzung mit der Literatur macht deutlich, dass nicht nicht nur auf staatlicher Ebene, sondern auch in der Wissenschaft die Kategorien „moderne“ und „traditionelle“ Medizin eine zentrale Rolle einnehmen. So stand die vermeintliche Dichotomie im Ursprungskern der Medizinanthropologie. Erst in den 1960er Jahren ging die Medizinanthropologie als Unterdisziplin der Kultur- und Sozialanthropologie hervor. In diese Zeit fällt die Formulierung von Kernkonzepten, wie der Medizinpluralismus und die Veröffentlichung erster Monografien und Sammelwerke. Dabei standen zu Beginn Nichtbiomedizin in nicht-„westlichen“ Gesellschaften im Mittelpunkt der Forschung, erst mit der Zeit rückte auch die Biomedizin in den Fokus. Auch hier bezog man sich auf die Kategorien „TM“ und „MM“ und assoziierte anfangs

„TM“ mit negativen Wertungen (z.B. „primitiv“/„primitive Medizin“) und anerkannte keinerlei Ähnlichkeiten zwischen den Kategorien (Sobo 2022; Manderson, Cartwright und Hardon 2016; Helman 2017; Lambert 2010, 456–57). Lambert zufolge formulierte man auch die „moderne Medizin“ (Biomedizin) als Untersuchungsgegenstand aufgrund der Abwendung vom Funktionalismus und einem Gesellschaftsbild von kulturell homogenen isolierten Gruppen sowie dem wachsenden Interesse an der eigenen Heimat und Entwicklungsthemen (Lambert 2010, 456–57). Dies ging mit der Erkenntnis einher, dass auch „moderne Medizin“ sowohl „socially constructed“, „historically situated“ aber auch „globally practiced“ ist (ebd., 457). Was wiederum dazu führte, dass Begriffe, mit denen eine Wertung einhergingen (z.B. „westlich“, „modern“ und „wissenschaftlich“) in der Anthropologie zunehmend von dem laut Lambert tendenziell neutralen Begriff Biomedizin¹⁷ ersetzt wurden (ebd., 457).

Eriksen weist darauf hin, dass Dichotomien (wie „[s]mall-scale/large-scale; oral/written [...] traditional/modern; status/contract; *Gemeinschaft* (community) / *Gesellschaft* (society)“ (Eriksen 2015, 38)) den meisten anthropologischen Theorien zugrunde liegen. Diese Unterscheidung wird allerdings Gesellschaften nicht gerecht, so Eriksen. Gesellschaften sind komplex und weisen Elemente aus unterschiedlich sozial konstruierten Kategorien auf. Gemeinsam hätten die Dichotomien zudem allesamt die bedenkliche Annahme, dass die „moderne Industriegesellschaft“ deutlich alle anderen übertrifft, eine anmaßende Überlegenheitsannahme. Er betont, dass Dichotomien nicht die soziale Welt repräsentieren, sondern lediglich dabei helfen, Fakten zu organisieren und es sich bei Dichotomien vielmehr um eine Skala mit Gradwanderungen handelt und um keinen tatsächlichen Gegensatz. Als Anthropolog*innen gilt es die Grauzonen und vielfältigen Wechselbeziehungen zu erforschen und nicht die Welt in klare Grenzen zu strukturieren. Eriksen wirft zudem die Vermutung auf, dass in der Anthropologie eine Notwendigkeit besteht, Dichotomien heranzuziehen (ebd., 38). In Bezug auf Dichotomien, die in einem Überlegenheitsgedanken gründen und die Medizinlandschaft beschreiben, entgegen

¹⁷ Biomedizin ist ein in der Anthropologie heute gängige Bezeichnung. Ich verstehe sie ihm Weiteren als jene Medizin, die in der Naturwissenschaft, Biologie verankert ist, an den Universitäten gelehrt wird und im Globalen Norden ihre Vormachtstellung hat. Es handelt sich dabei um eine Form von professioneller Medizin (Knipper 2010, 204; Gaines und Davis-Floyd 2004, 95) die man in unterschiedlichen Regionen dieser Welt praktiziert. Im Gegensatz zu anfänglichen anthropologischen Studien, sieht man heute die Biomedizin nicht mehr als „die Realität“, anhand der man andere Heilpraktiken misst, stattdessen ist auch sie verwoben in Geschichte und Kultur und geprägt von Normen und Werten des Globalen Nordens (Gaines und Davis-Floyd 2004, 96–97).

ich dem, dass so lange Dichotomien in Gesellschaft und Politik Anwendung finden, um Phänomene und Gesellschaften zu unterteilen, darf die Anthropologie keinesfalls die Augen vor ihnen verschließen. Wir dürfen sie nicht unreflektiert replizieren, sondern müssen sie problematisieren und aufbrechen. Als Anthropolog*innen gilt es, sich nicht nur eine Skala, Grauzonen und Wechselwirkungen (Eriksen 2015) oder ein Spektrum (Olsen und Sargent 2017b) vorzustellen, sondern diese auch in unserer Arbeit durch Sprache sichtbar zu machen.

Zwar sprechen Anthropolog*innen den Kategorien „TM“ und „MM“ heute überwiegend keine analytische Eignung zu (Marsland 2007, 752–53), aufgrund ihrer öffentlichen Bedeutung – ihrem gegenwertigen Leben (Langwick 2008, 437) – stellen sie jedoch häufig Bezugspunkt, „sites of inquery“ (ebd., 437) in Forschungen dar. Langwick betont, dass die Begriffe in Tansania eine epistemische und bürokratische Bedeutung erhalten haben, was dazu geführt hätte, dass sich auch *waganga* (Heiler*innen) nach der Kategorie „TM“ richten (ebd., 437). Die Kategorien „TM“ und „MM“ sind in Tansania gesetzlich normiert. Als Beispiel für Tansania stehen die Werke von Marsland (2007), Langwick (2008) und Hsu (2002). Sie alle ziehen die Kategorien „TM“ und „MM“ heran, um die derzeitige tansanische Medizinlandschaft zu erfassen, in der sie ein Aufeinandertreffen von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Praktiken, neu ausverhandelten Grenzen und Formen von Praktiken sehen. Sie zeigen auf, dass die Kategorien und die vermeintliche Dichotomie in Tansania wesentlich komplexer sind.

Ein Blick auf die Kiswahili Bezeichnung von modern und traditionell und die damit assoziierten Vorstellungen macht dies deutlich. Langwick stellt fest, dass man in Tansania insgesamt auf drei Formen/Temporalitäten von Tradition trifft: *asili* (bezieht sich auf den Ursprung/Grundelement), *jadi* (Abstammung und die Weitergabe durch Generationen) und *kienyeji* (bezieht sich auf Lokalität). Dies verdeutlicht, dass „traditionell“ als etwas Dynamisches, Reisendes, sich Veränderndes und nicht als eine unveränderliche Vergangenheit in Tansania verstanden wird (Langwick 2008, 437). Um modern/Modernität zu beschreiben, trifft man auf das Wort *kisasa* (*kisasa* wird als „modern“ übersetzt, sein Wortstamm *sasa* bedeutet jetzt). Marsland geht darauf näher ein. Sie verortet in Tansania ein Verständnis von Modernität, welches sich auf „Verwestlichung“ und materielle Verbesserung (Besitz von „modernen“ Gütern und Wissen) beruft. Sie setzt dieses Verständnis im Zusammenhang mit dem im

Sozialismus formulierten Ziel von *maendeleo* (Entwicklung) welches auf Modernisierungstheorien beruht. Tradition betrachtet man dabei als hinderlich für *maendeleo*. Sei Modernität durch materielle Verbesserung nicht möglich, so sei das Kritisieren von Tradition/traditionell in der tansanischen Gesellschaft ein Weg um „moderne Identität“ zu formulieren (Marsland 2007, 753–54). Die Forschung von Elisabeth Hsu zu „traditioneller chinesischer Medizin“ in Tansania macht zudem deutlich, dass mit den Begriffen traditionell und modern in Tansania unterschiedliche Assoziationen verbunden werden. So würde man beispielsweise sowohl Medizin, die unter der Kategorie TM als auch MM zusammengefasst wird, als teuer empfinden, obwohl man lediglich den „modernen“ Lebensstil mit Geld in Verbindung bringt. Moderne Medizin knüpfe man an die Vorstellung, dass Praktiker*innen diese öffentlich sichtbar machen und nicht im Verborgenen praktizieren. Auch das Erscheinungsbild, die Verpackung eines Produktes sei für manche ausschlaggebend, ob ihnen dieses wissenschaftlich erscheint. Andere wiederum seien der Ansicht, Medizin könne zugleich wissenschaftlich als auch „traditionell“ sein. Medizin könne jedoch auch weder wissenschaftlich noch magisch, sondern stattdessen nur lokal, natürlich und gewöhnlich sein. Uneinigkeit bestehe, ob ‘doing witchcraft’ and ‘being scientific’ sich gegenseitig ausschließen (Hsu 2002, 307–8).

Langwick und Marsland sind der Ansicht, dass Heiler*innen die (ontologischen) Grenzen der Biomedizin oder der Nichtbiomedizin weder ablehnen noch sich an ihnen festhalten (Langwick 2011, 235–37; Marsland 2007, 751). Das erkläre wieso Heiler*innen beispielsweise auf biomedizinische Technologien oder Krankheitsbilder zurückgreifen, zugleich aber auch Expertise außerhalb der Biomedizin nutzen, um gegen *uchawi* (Unheil; Hexerei) vorzugehen, sie fänden Wege sich „modern“ und „traditionell“ darzustellen. Heiler*innen würden demnach selbst die Grenzen ihres Daseins und ihrer Medizin destabilisieren (Marsland 2007, 751, 764) und die Fähigkeit haben „[...] to transcend, contest and make use of the constructed categories through which they are imagined in Tanzania“ (ebd., 751). Biomedizinische Praktiker*innen hingegen würden weniger Flexibilität in Bezug auf die konstruierten Kategorien aufweisen. Grund sei vor allem, dass genau diese Kategorien ihren Hegemonieanspruch rechtfertigen. Business und Wettbewerb sei allerdings ausschlaggebend dafür, dass mittlerweile nicht nur Heiler*innen sondern auch Biomediziner*innen an dieser konstruierten Grenzen zwischen „TM“ und „MM“ tätig

sind (Marsland 2007, 756, 764–765). Marsland ist zudem der Ansicht, dass die in der Öffentlichkeit anerkannte Trennung zwischen „TM“ und „MM“ eine mögliche Hybridisierung¹⁸ hin zu einer „modernen traditionellen Medizin“ oder zu „modernen traditionellen Heiler*innen“, zumindest analytisch, möglich macht (ebd., 751f).

Basierend auf der präsentierten Diskussion, erachte ich die Kategorien „traditionell“/„traditionelle Medizin“ und „modern“/„moderne Medizin“ als sozial konstruiert. Die Kategorie „traditionelle Medizin“ homogenisiert indigene Heilpraktiken und berücksichtigt dadurch nicht deren lokale und multiple Vielfältigkeit (Langwick 2008, 437; Marsland 2007, 753). Zudem vermittelt es oftmals das Bild von „irrational and timeless“ (Marsland 2007, 753). Man konstruiert „moderne Medizin“ dabei als dessen Gegensatz und formuliert eine Überlegenheit der „modernen Medizin“ gegenüber der „traditionellen Medizin“ (Marsland 2007, 752; Dilger und Hadolt 2017, 342). Ein Bild, das nicht nur stark zu kritisieren ist, sondern dass die vorliegende Arbeit auch keinen Falls replizieren möchte. Auch die Sammelbezeichnung „traditionelle Heiler*innen“ folgt diesem Muster und ignoriert die Vielfältigkeit an Heiler*innen in Tansania (Marsland 2007, 753). Um der Komplexität und Realität der tansanischen Heillandschaft näher zu kommen, verwende ich daher die im Feld anzutreffende Vielfalt an situierten Begrifflichkeiten. Neben Begriffen wie „traditionelle Medizin“, „moderne Medizin“ oder „traditionelle Heiler*innen“, macht man im Feld ebenfalls Gebrauch von Begriffen aus dem Kiswahili wie etwa *tiba asilia* (oft übersetzt mit traditioneller Medizin oder Naturmedizin, *tiba* bedeutet Medizin, der Zusatz *asili* bedeutet, dass sie von etwas abstammt) und *tiba ya kisasa* („moderne“ Medizin). Indem ich mich auf die Vielfalt beziehe, erhoffe ich mir die starren Kategorien aufzubrechen.

Die Begriffe biomedizinisch und nichtbiomedizinisch finden in meinem Text als analytische Kategorie Anwendung. Allerdings nicht im Austausch mit „modern“ und „traditionell“ zu verstehen, sondern um auf die Hegemonie der Biomedizin und die biomedizinische Validierung in der weltweiten Medizinlandschaft hinzudeuten. Die Validierung zeigt sich dadurch, dass Wissenschaft, Politik und der internationale Diskurs die Biomedizin als Referenzrahmen heranziehen, um die Richtigkeit und den

¹⁸ Eriksen versteht Hybridität als eine Synthese, der Verschmelzung unterschiedlicher Elemente (Eriksen 2015, 313). Marsland spricht von kreierten Grenzen, bei der (beabsichtigten oder nicht beabsichtigten) Hybridität würden Kategorien über diese Grenzen in Verbindung gebracht und eine soziale Ordnung neu gedacht werden (Marsland 2007, 755–56).

Wahrheitsgehalt anderer Formen von Heilpraktiken zu bewerten. Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass die vorliegende Arbeit Biomedizin, die auf sorgfältiger, langjähriger und evidenzbasierter Forschung beruht, keinesfalls anzweifelt. Stattdessen beabsichtigt die Arbeit ein Bewusstsein für sozial konstruierte Kategorien, deren Komplexität und Auswirkungen, zu schaffen. Das folgende Kapitel widmet sich der biomedizinischen Hegemonie in der tansanischen Heillandschaft.

1.1.2 Ein biomedizinischer Referenzrahmen

Die biomedizinische Validierung sowie der damit einhergehende Überlegenheitsgedanke des Globalen Nordens stellt neben der Ignoranz gegenüber der Diversität an Heilpraktiken, eine Grundproblematik der Dichotomisierung von TM und MM dar. All jenes, was sich nicht auf biomedizinisches Wissen und Praktiken stützt, erhält den Stempel alternativ, komplementär oder fake (Khalikova 2023, 14). Grund hierfür ist, dass die internationale Gemeinschaft sowie die tansanische Regierung die Biomedizin und ihre Wissenschaft als Referenzrahmen heranziehen, um Heilpraktiken und Heilwissen, das von der Biomedizin abweicht, zu messen, beurteilen und bewerten. Anhand der Auseinandersetzung mit Epistemologie und Ontologie, Evidenz (Beweise) und Effektivität (Wirksamkeit) und der damit einhergehenden Frage nach wissenschaftlich und nicht-wissenschaftlich, Wissen und Unwissen, Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit, weise ich folglich die Problematik im postkolonialen Tansania auf.

Ein adäquates Wort für die anzutreffende Situation im postkolonialen Tansania ist „politics of knowledge“ (Marsland 2007, 764). Im Kontext von Nichtbiomedizin kommt es laut Marsland immer wieder zur Aberkennung der Expertise und des Wissens der *waganga* durch die nationale und die internationale Gemeinschaft. Das zeigt sich unter anderem dadurch, dass man ihnen bestimmtes Wissen (z.B. zu biomedizinischen Krankheitsbilder wie Malaria) nicht zuspricht und die Biomedizin als einzigen wissenden Akteur konstruiert (ebd., 764). Für ein besseres Verständnis der Politik des Wissens gilt es zunächst einen Blick auf historische Dynamiken zu werfen. Während des Kolonialismus kam es, so betont Langwick, zur Etablierung von kolonialen und „westlichen“ Institutionen wie Gerichten und Kliniken und damit zur Einführung von kolonialer Medizin (Biomedizin) und Wissenschaft sowie kolonialem Recht. Gesetze (u.a. *Witchcraft Ordinance*) und politische Initiativen regulierten Nichtbiomedizin.

Zudem institutionalisierten sie neue epistemologische und ontologische Verpflichtungen im kolonialen Staat (Langwick 2021; Langwick et al. 2015): „[...] commitments to particular ways of knowing and to legitimate subjects and objects of knowledge [...]“ (Langwick 2021, 286). Manche Praktiken erfuhren staatliche Legitimation („disciplined by science“) und andere Kriminalisierung („disciplined by law“) (ebd., 290–91). Während man Hexerei und andere magische Elemente als Betrug deklarierte, erlaubten Gesetze bezüglich der Pflanzenheilkunde (*herbalism*) und Kräuterkundler*innen (*herbalists*) gewisse Freiheiten. Auch im postkolonialen Staat sind die Institutionen (Gerichte, Kliniken etc.) aus dem Kolonialismus zuständig für staatliche Legitimation von Nichtbiomedizin. Nach erlangter Unabhängigkeit übernahmen die Regierungen der neuen Nation viele Rechtsnormen des kolonialen Staats und die damit einhergehende Unterscheidung zwischen „moderner Medizin“ und „traditioneller Medizin“ (Langwick 2021, 286–87, 290-91, 297; Langwick et al. 2015). In Anbetracht dessen seien laut Langwick einige institutionalisierte Annahmen in Bezug auf Formen der Expertise, Art des Wissens und Techniken des Regierens zu hinterfragen (Langwick 2021, 291), unter anderem die Antworten auf die Fragen: „What are plants? Who can know them? And what counts as knowing and knowledge?“ (ebd., 291).

Die neue institutionalisierte Epistemologie und Ontologie zeigt sich in Tansania unter anderem in legitimierten Wissensproduktionen. So begründet man die Akzeptanz der erkorenen Pflanzenheilkunde damit, dass es sich dabei um eine Protowissenschaft handelt, die auf Versuch und Irrtum basiere (ebd., 291). Jene Heiler*innen, die man als Kräuterkundler*innen verstand, erachtete man demnach als „custodians of knowledge“ (ebd., 291). Es handelte sich bei „Versuch und Irrtum“ daher um eine Form der Wissensproduktion, die in der „westlichen“ Wissenschaft Anerkennung findet. Allerdings identifiziert Nichols-Bello einen auch heute bestehenden Konflikt zwischen dem Verständnis von Wissensproduktion von tansanischen Heiler*innen und dem Staat. Während die Wissensproduktion der *waganga* auf Erfahrungen, Vorfahren und *Spirit* basiere, ziele der Staat auf eine formelle Ausbildung und Praxis in weißen Uniformen ab. Demzufolge treffe man daher zumeist auf zwei unterschiedliche epistemologische Zugänge in Tansania (Nichols-Belo 2018, 722).

Eine weitere Folge der neuen institutionalisierten Epistemologie und Ontologie war der Einzug einer neuen Vorstellung von Gerechtigkeit und jener der therapeutischen

Wirksamkeit von Pflanzen, so Langwick. Es verschwanden vorkoloniale Vorstellungen von Gerechtigkeit von der Bildfläche. Statt dem Bösen durch Praktiken entgegenzuwirken (Langwick 2021, 286), baute Gerechtigkeit nun auf „[...] evaluations of individual bodily integrity, scientific efficacy, and legal rights [...]“ (ebd., 286). Zudem sprach man nun von biologischer, wissenschaftlicher Wirksamkeit und Evidenz.¹⁹ Therapeutische Wirksamkeit wurde laut Langwick in vorkolonialer Zeit durch die Beziehung zwischen Menschen und beispielsweise Pflanzen, Ahnen, *Spirits* verstanden, eine Beziehung, die durch Prozesse im Kolonialismus und Postkolonialismus getrennt wurde. Beispielsweise sind *Spirits* in der neu institutionalisierten Ontologie nicht legitimiert. Aus diesem Grund seien vorkoloniale Wissenswege heute nicht mehr möglich (Langwick 2021, 2015). Es kam zu einer Hierarchie des Wissens in der nur jenes als wirksam galt, das auf medizinwissenschaftlich legitimierten Materialien beruhte (Langwick 2011, 235). Die Wirksamkeit, so wie sie in der Biomedizin verstanden wird, hinterfragt die Anthropologin Sienna Craig. Sie widmet sich dieser Problematik in Tibet. Zentral ist dabei die Frage: Funktioniert tibetische Medizin? Zur Beantwortung könne man die Sprache der Wissenschaft, die klinische Evidenz durch randomisierte kontrollierte Studien heranziehen. Allerdings weist Craig auf, dass es sich bei der tibetischen Medizin sowohl um eine soziale als auch pharmakologische Angelegenheit handelt (Craig 2012, 2). Indem man das Verständnis der Wirksamkeit von Medizin an die Evaluierung durch klinische Studien sowie rechtliche und politische Rechtsprechung bindet, wird eine Hierarchie zwischen wissenschaftlichem und kulturellem Wissen verfestigt (ebd., 257–58). Um beantworten zu können, ob Nichtbiomedizin funktioniert, fordert sie dazu auf, unter anderem ein breiteres Verständnis von Wirksamkeit miteinzubeziehen: „Efficacy is a measurement of micropolitical power, biopsychosocial effects, and cultural affect [...] an inter-subjective phenomenon [...]“ (ebd., 7). Nur durch die pragmatische Anwendung zwischen Praktizierenden und Patient*innen könne sich die Wirksamkeit zeigen; eine sozialwissenschaftliche Erklärung, die sich gravierend von der der Biomedizin unterscheidet (Craig 2012, 7–8).

¹⁹ In der Biomedizin trifft man auf zwei Begriffe, die Wirksamkeit beschreiben: Wirkungsvermögen (*efficacy*) und Effektivität (*effectiveness*). Während ersteres laut Craig im Zusammenhang mit messbaren Effekten in randomisierten kontrollierten Studien steht, steht letzteres im Zusammenhang von beobachtbaren und empfundenen Effekten in pragmatischen oder beobachtenden Studie („reales Leben“) (Craig 2012, 7, 8).

Die Legitimierung von bestimmten Formen des Wissens und von Objekten und Subjekten bringt auch eine weitere Diskussion auf die Bildfläche. Durch die wissenschaftliche Erforschung von *dawa za asili* und der weltweit anzutreffenden geistigen Eigentumsrechte stellt sich die Frage, wem dieses Wissen, diese Subjekte und Objekte gehören und wer diese kapitalisieren darf (Langwick 2021, 284, 299). Denn schon länger verfolgt die tansanische Regierung die Absicht, Praktiken, die unter der Kategorie „traditionelle Medizin“ zusammengefasst sind, zu kapitalisieren und damit als nationale Ressource zu konstruieren (Langwick 2021; Nichols-Belo 2018, 723). Es kommt daher nicht nur zur Politisierung von Wissen, sondern auch zur Kommerzialisierung, also eine Ökonomie des Wissens.

Aufbauend auf dieser Diskussion der legitimierten Epistemologie und Ontologie und den daraus entstehenden Konflikten, blicken wir nun direkt in die Klinik hinein. Es zeigt sich, dass der biomedizinische Referenzrahmen beeinflusst, was (Körper, Personen, Krankheiten etc.) in einer Gesundheitseinrichtung sichtbar und unsichtbar gemacht wird (Street 2014, 12–19). Die Biomedizin selbst stößt unweigerlich an ihre Grenzen (z.B. Ressourcenknappheit oder Leiden magischen Ursprungs zu heilen). Wie bereits Arbeiten anderer Anthropolog*innen zeigen (siehe Langwick 2011; Livingston 2012; Street 2014), muss man Biomedizin aufgrund dieser Grenzen unweigerlich fortlaufend neu denken. Die Bedeutung von Biomedizin muss daher durch die Augen derjenigen gesehen werden, die mit der Biomedizin interagieren und lokale kulturelle Konzepte und Werte berücksichtigen (Street 2014, 12, 255). Beispielsweise scheint schwarze Magie als Ursache für eine Krankheit durch den biomedizinischen Referenzrahmen nicht möglich. Werden allerdings in einer Gesundheitseinrichtung andere Körper, Personen, Krankheiten und Ursachen für Krankheiten (z.B. Teufel, Neid) aufgrund von lokalen Gegebenheiten sichtbar, so muss Biomedizin neu gedacht werden. Wie nun diese Vielfältigkeit erfasst und verstanden werden kann, behandle ich im folgenden Kapitel.

1.2 Multiple Erfahrungen: Institutionell artikulierter Pluralismus und pragmatische Beziehungen

Wie erklärt und ordnet man die Co-Existenz und Verfügbarkeit unterschiedlicher medizinischer Traditionen, Ansätze, Behandlungen, Expert*innen, Institutionen, therapeutischer Maßnahmen und Entscheidungen? In der Anthropologie liefert das

Konzept des Medizinpluralismus einen Rahmen, um diese Frage zu diskutieren. Es hilft dabei zu erörtern, ob die Bevölkerung diese zahlreichen Optionen und Alternativen miteinander aber auch nebeneinander ohne Widersprüchlichkeit in Anspruch nehmen kann. Zugleich kann das Konzept dabei helfen, beispielsweise die Akzeptanz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen gegenüber einzelnen Ansätzen zu analysieren und eine mögliche Konkurrenz und gegenseitige Ergänzung von Ansätzen zu thematisieren. Insbesondere für die Auseinandersetzung mit der im vorherigen Kapitel besprochenen vermeintlichen Dichotomie zwischen „traditioneller“ und „moderner“ Medizin findet das Konzept des Medizinpluralismus häufig Anwendung.

Medizinpluralismus definiert sich unterschiedlich, beispielsweise als „[...] the co-existence of a variety of different medical traditions within a chosen context“ (Lambert 2010, 457) oder als „[...] the availability of different medical approaches, treatments, and institutions that people can use while pursuing health“ (Khalikova 2023, 1). Oder mit den Worten von Olsen und Sargent: Ein therapeutisches Kontinuum verschiedener medizinischer Modalitäten sowie damit einhergehende Optionen und ein Spektrum gültiger therapeutischer Maßnahmen (Olsen und Sargent 2017b, 1).

Obwohl, dass Konzept des Medizinpluralismus auch gegenwärtig Thematisierung erfährt und für einige Anthropolog*innen einen wertvollen Bezugsrahmen darstellt (Khalikova 2023, 13–14; Baer 2022, 355), stößt es vermehrt auf Kritik. Eine Vielzahl an Alternativkonzepten stellt den Begriff Pluralismus in Frage und versuchen neue Wege zu formulieren, um dieses soziale Phänomen zu beschreiben. Im Folgenden Kapitel diskutiere ich die Kritik am Medizinpluralismus und neue Schwerpunktsetzungen in dem Diskurs. Daran anschließend stelle ich dem Pluralismus die Idee der Multiplizität gegenüber und orientiere mich dabei an Langwicks Auffassung von postkolonialer Heilung in Tansania (Langwick 2011, 2008).

1.2.1 Kritik und (Weiter-)Entwicklung des Medizinpluralismus

Als auch Biomedizin in den Fokus der Anthropologie rückte, zielte man darauf ab, die Diversität, Koexistenz und Konkurrenz innerhalb der Begegnungen der beiden formulierten Kategorien TM und MM zu erfassen. Aus dieser Untersuchung heraus entstand in den 1970er und 1980er Jahren das Konzept des Medizinpluralismus (Khalikova 2023, 1; 13). Einige Anthropolog*innen identifizieren es als ein Kernkonzept der Medizinanthropologie zu dessen Entstehungszeitpunkt (Khalikova 2023, 1–2;

Lambert 2010). Publikationen von Charles Leslie (1976, 1980, 1975), Arthur Kleinman (1980) und John Janzen (1978, 2002), waren in der Anthropologie ausschlaggebend für die Formulierung des Medizinpluralismus. Der Ansatz des Medizinpluralismus verdrängte der gelesenen Literatur nach in der Anthropologie weitgehend die bisherige Ansicht, dass durch die Einführung von Biomedizin andere lokale „Medizinsysteme“ verschwinden würden und in jeder Gesellschaft lediglich ein „Medizinsystem“ anzutreffen sei. Auch der positivistische Gedanke von naturalistischen versus personalistischen „Medizinsystemen“ rückte in den Hintergrund. Man ging nun in der Anthropologie davon aus, dass „Medizinsysteme“ nebeneinander und miteinander existieren können und es sich dabei um keine geschlossenen Systeme, sondern in sich selbst plurale Systeme handelt, da sie unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt sind. Die von biomedizinischen Praktiker*innen und einigen Anthropolog*innen zugewiesene Monopolstellung, hat die Biomedizin durch das Konzept des Pluralismus verloren (Glatz 2010, 26–29; Khalikova 2023, 14; Olsen und Sargent 2017b, 3; Hsu 2017). Während zu Beginn das Konzept überwiegend für Gesellschaften des Globalen Südens Anwendung fand (Khalikova 2023, 2; Olsen und Sargent 2017b, 3; Penkala-Gawęcka und Rajtar 2016, 129), richtete sich der Fokus schon bald auch auf Gesellschaften im Globalen Norden. Heute herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass eine Vielfalt an medizinischen Ideen, Ansätzen und Expert*innen in jeder gegenwärtigen Gesellschaft anzutreffen ist und somit auch das Konzept des Medizinpluralismus überall greift. Diese Erkenntnis ist eng damit verbunden, dass man anfang den Dualismus „westlich-moderne“ Medizin und „nicht-westliche-traditionelle“ Medizin zu hinterfragen (Khalikova 2023, 1; 13-14; Olsen und Sargent 2017b, 3).

Im Kontext von Medizinpluralismus stehen auch das Konzept der „Medizinsysteme“, welches durch Leslie seinen Einzug in die Anthropologie fand sowie Theorien zu *health-seeking behaviour*. Entsprechend der behandelten Literatur herrscht Uneinigkeit über das Konzept von „Medizinsystemen“ und Pluralismus. Während für viele anfängliche Werke die Idee von „Medizinsystemen“ einen Ausgangspunkt darstellt, kam schnell die Kritik auf, dass hier der Fokus auf medizinischen Fachkräften (Expert*innen), zumeist in international anerkannten Gesundheitseinrichtungen, lag und es insbesondere zur Vernachlässigung der Sicht von Patient*innen aber auch der Sicht vieler lokaler Heiler*innen kam. Man kritisierte den Fokus auf Traditionen und Systeme als essentialistisch und starr. Zudem wurde Biomedizin als homogenes

Konzept dargestellt. Die Kritik marxistischer Vertreter*innen lag darin, dass Pluralismus die Idee von Wahl betont, eine Wahl, die in einer kapitalistischen Gesellschaft nicht anzutreffen sei und daher eine politische Haltung und Rhetorik verkörpere. Im Kontext von Medizinsystemen und Medizinpluralismus vernachlässigt man tendenziell soziale, politische, ökonomische und historische Faktoren in Bezug auf *health-seeking behaviour*, indem zumeist der Fokus auf individuelle Aspekte im Entscheidungsprozess liegt. Den Blick auf Struktur, Autorität, Politik und Macht zu richten, sei jedoch ausschlaggebend. Zudem gilt es zwar die kulturelle Logik zu begreifen, zugleich aber zeitliche und situative Faktoren zu berücksichtigen und die Pragmatik und Vielseitigkeit im Entscheidungsprozess in den Fokus zu rücken (Khalikova 2023, 14; Lambert 2010, 457; Penkala-Gawęcka und Rajtar 2016, 129; Hsu 2017). Weiters üben kritische Medizinanthropolog*innen wie Hans Baer Kritik an dem Begriff des Pluralismus und betonen „patterns of hierarchy and the dominance of biomedicine“ (Penkala-Gawęcka und Rajtar 2016, 129).

Die Schwerpunktsetzung im Konzept des Medizinpluralismus hat sich in Folge der Kritik und beispielsweise durch den weltweiten Austausch - „intensified exchange of people, goods, healing practices“ (ebd., 129) – gewandelt. Die Anthropologie richtet ihren Fokus weg von medizinischen Systemen und hin zum Austausch zwischen Ärzt*innen und Patient*innen (Khalikova 2023; Lambert 2010; Hsu 2017). Auch grenzüberschreitenden Praktiken (im Kontext von Internet, Medizintourismus, Migration), den profitorientierten Industrien, dem sozialen und historischen Kontext, den lokalen Reaktionen auf Biomedizin, widmet die Anthropologie unter anderem ihre Aufmerksamkeit (Khalikova 2023, 14; Lambert 2010, 457). In Bezug auf den Austausch zwischen Ärzt*innen und Patient*innen liegt laut Khalikova nun der Schwerpunkt auf Folgendem: Unterschiedliche Sichtweisen der Akteure bezüglich der Bedeutung von therapeutischer Pluralität, Ungleichheiten zwischen unterschiedlichen Medizinkategorien, Vorteilen des Forcieren von Pluralität und ob Therapien als pluralistisch zu betrachten sind (Khalikova 2023, 14).

Auch heute findet das Konzept des Pluralismus in der Anthropologie Anwendung. In Bezug auf die theoretische Auseinandersetzung mit Pluralismus in Afrika, möchte ich auf das im Jahr 2017 erschienene Buch *African Medical Pluralism* von Olsen und Sargent verweisen. Sie sehen den Pluralismus in Afrika als Folge aktueller Entwicklungen (z.B. Globalisierung, traditionelle chinesische Medizin) und von

historischen Ereignissen (z.B. muslimische Heiltradition, Biomedizin) (Olsen und Sargent 2017b, 2; Kleinman 2017, 261). Sie sprechen von einer in Afrika existierenden Konvergenz (Annäherung) in medizinischem Wissen und Praktiken und einem Kontinuum von Therapien. Sie argumentieren, dass die Konvergenz vermutlich unter anderem aufgrund des anzutreffenden Mangels an biomedizinischen Ärzt*innen eine praktische Notwendigkeit darstellt. Jede medizinische Modalität hätte zudem einen Raum in dem man ihr Prestige, Akzeptanz und Legitimität zuspricht. Das würde ermöglichen, dass ein Antreffen unterschiedlicher Modelle der Therapie möglich ist, ohne einander auszuschließen (Olsen und Sargent 2017b, 2, 23-24).

Neu-Konzeptualisierungen von Medizinpluralismus würden nicht mehr von getrennten Systemen, die den Pluralismus kennzeichnen sprechen, sondern von therapeutischen Praktiken, die sich vermischen und überschneiden (Krause, Alex und Parkin 2012, 8; zit. nach Penkala-Gawęcka und Rajtar 2016, 130). So beispielsweise die Publikationen von Kristine Krause, Gabriele Alex, David Parkin, Viola Hörbst, Angelika Wolf, Elisabeth Hsu, Steven Vertovec und Seth Hannah. Sie alle fordern den Begriff des Pluralismus heraus und präsentieren neue Konzepte, unter anderem „medical diversity“ (Parkin 2013), „medicoscapes“ (Hörbst und Wolf 2014), „medical landscape(s)“ (Hsu 2017) „superdiversity“ (Vertovec 2007) und der „hyperdiversity“ (Hannah 2011). Auch Stacey Langwick liefert einen Ansatz der ermöglicht Pluralismus zu hinterfragen, dieser ist Gegenstand des nachstehenden Kapitels.

1.2.2 Postkoloniale Heilung und Multiplizität

Meine Arbeit orientiert sich an Langwicks Thematisierung des Medizinpluralismus in Tansania (2011, 2008). Ich beziehe mich auf ihre Auffassung von postkolonialer Heilung als Verflechtung zwischen Epistemologien und Ontologien (Langwick 2011) welche durch eine Unverhältnismäßigkeit (biomedizinische Hegemonie) zwischen Biomedizin und Nichtbiomedizin gekennzeichnet ist. Dies erläutere ich folglich und ergänze diesen Ansatz durch den Hinweis auf soziale Ungleichheiten in der postkolonialen Heillandschaft. Ausdrückliche Erwähnung findet in Langwicks Werken auch der Unterschied zwischen dem institutionell artikulierten Pluralismus und den pragmatischen Beziehungen zwischen Biomedizin und Nichtbiomedizin. Hier stellt sie Unterbrechungen und Interferenzen sowie den Körper multipel in den Mittelpunkt.

Basierend darauf präsentiere ich meinen Zugang zur postkolonialen Heillandschaft, indem ich Multiplizität in den Fokus rücke.

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass Langwick die (Un)verhältnismäßigkeit zwischen Nichtbiomedizin und Biomedizin als Besonderheit des heute anzutreffenden Pluralismus in Tansania - der die postkoloniale Heillandschaft prägt - erachtet. Die Unverhältnismäßigkeit besteht unter anderem darin, dass der Staat und die internationale Gemeinschaft all jenes, das unter die Kategorie TM fällt als Ressource der Biomedizin erachtet und Biomedizin zur Beurteilung, Bewertung und Anwendung dieser Praktiken und Expert*innen heranzieht (Langwick 2008, 428–429; 436). Diese Unverhältnismäßigkeit, von der hier die Rede ist, nenne ich im Weiteren die biomedizinische Validierung. Es ist der institutionell artikulierte Pluralismus, in dem Langwick diese Differenzierung von „TM“ und „MM“ und Unverhältnismäßigkeiten - die wie bereits thematisiert ihren Ursprung im Kolonialismus hat - identifiziert (Langwick 2011, 235).

Der institutionell artikulierte Medizinpluralismus widerspiegelt allerdings nicht die Realität. Biomedizin stellt sich häufig als unzulänglich heraus und ist nicht für jeden zugänglich (Olsen und Sargent 2017b, 3–4; Langwick 2008, 428–29). So weisen beispielsweise die Soziolog*innen Broom, Doron und Tovey darauf hin, dass „[...] notions of pluralism, so often espoused by global health organisations, may conceal important forms of social inequality and cultural divides [...]“ (Broom, Doron und Tovey 2009, 698). Sie fordern unter anderem die weit verbreitete Ansicht des Pluralismus heraus, dass eine Handlungs-/Wahlfreiheit anzutreffen sei. So können beispielsweise wirtschaftliche Zwänge, patriarchalische Beziehungen und Vorstellung vom menschlichen Wert unter anderem den Zugang zur medizinischen Versorgung bestimmen. Sie vertreten die Ansicht, dass man durch diese verklärte Idee des Pluralismus, Ungleichheiten und sozialer Wertepolitik keine Beachtung schenke (ebd., 698, 704-705). Initiativen, die sich auf Medizinpluralismus beziehen, müssten ihrer Ansicht nach unter anderem die lokalen und multiplen Erfahrungen der jeweiligen Länder mehr in den Fokus rücken (Broom, Doron und Tovey 2009, 704).

Um die heutige tansanische Heillandschaft und die darin anzutreffenden Unverhältnismäßigkeiten zu betrachten, ziehe ich wie Langwick den Begriff postkoloniale Heilung heran. Postkoloniale Heilung sei Langwick zufolge an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Ordnungen des Wissens, nämlich zwischen

Biomedizin und Nichtbiomedizin, zu verorten. Durch diese Verflechtung beanspruchen auch neue Objekte und Wesen (z.B. verzauberte Parasiten und biomedizinische Teufel) die Aufmerksamkeit der Heiler*innen in Tansania. Am Beispiel des verzauberten Parasiten wird deutlich, dass in der postkolonialen Heilung biomedizinisches (der Parasit) und nichtbiomedizinisches (die Magie) Wissen und Ontologien nicht nur koexistieren, sondern auch verschmelzen, es besteht eine Interdependenz. Es erfolge eine Transformation und Koordination von Biomedizin und Nichtbiomedizin sowie eine Neudefinierung von Objekten der Therapie durch Praktiker*innen. Dieser Prozess biete eine Alternative zur vorherrschenden Ordnung (Langwick 2011, 7, 16f, 33, 234-237, 235-357).

Auch die Auseinandersetzung mit einer Klinik offenbart die unterschiedlichen Ordnungen von Wissen und Objekten. Um sich dieser Komplexität zwischen institutionell artikulierter Vorstellung des Pluralismus und der Realität der postkolonialen Heilung zu nähern, dient Langwicks Auseinandersetzung mit einer tansanischen Klinik. In dem Kontext trifft Langwick eine für mich wegweisende Aussage. Sie unterscheidet zwischen „institutionally articulated medical pluralism and the forms of integration it promotes“ und „more pragmatic relationship between modern and traditional medicine enacted in the clinic“ (Langwick 2008, 428–29). Die institutionell artikulierten Vorhaben und deren tägliche Gestaltung in der Praxis seien sowohl epistemologisch als auch ontologisch voneinander abweichend. Auf der einen Seite der institutionell artikulierten Pluralismus und dessen Formen der Integration²⁰ – artikuliert vom Staat und internationalen Organisationen. Er verfolge das Ziel, die konstruierte Kategorie TM zu „modernisieren“ und formuliert dabei TM als Ressource und Gegenteil der MM. Auf der anderen Seite, die pragmatische Beziehung in der Klinik. Diese zeige sich insbesondere im Krankenhausalltag (Langwick 2008), denn hier streben die unterschiedlichen Akteur*innen danach „to attend to affliction, pain, debility, and misfortune; they strive to act“ (ebd., 428). Die Realität sei laut Langwick geprägt von Unterbrechungen und Interferenzen zwischen Nichtbiomedizin und

²⁰ Während Pluralismus keine Erwähnung in nationalen Gesundheitsprogrammen von Tansania findet, spricht die Regierung allerdings über die Integration von „traditioneller“ und „moderner“ Medizin, diese soll beispielsweise in dualen traditionellen und modernen Gesundheitseinrichtungen stattfinden (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41). Langwick weist darauf hin, dass Integrationsprojekte, wie etwa die dualen Gesundheitseinrichtungen, sich zumeist auf das Vorhandensein unterschiedlicher Medizinsysteme (z.B. traditionell und modern) beziehen. Es handelt sich dabei um institutionalisierte Formen der Integration und des Pluralismus, da sie vom Staat und der Klinik als Institution vorgegeben und umgesetzt werden (Langwick 2008, 429, 436–438).

Biomedizin. Es kommt zu einem Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Therapien, Kenntnissen, Praktiken, Wünschen und Medikamenten. Das Klinikpersonal muss unterschiedliche Aspekte von Leiden und Formen der Beschwerden und Sorgen erkennen, verstehen und dementsprechend (be-)handeln. Im Klinikalltag, der von Langwick untersuchten Klinik, betrachtet das Personal daher Biomedizin und Nichtbiomedizin weder getrennt voneinander noch stellte es die Differenzen im Fokus, stattdessen stand der Patienten*innenzustand und die Patienten*innengeschichte im Vordergrund. Aufgrund der herrschenden Bedingungen in der Klinik (Fehlen von Technologien, Medikamenten), großem Pflegebedarf, dem institutionellen Druck sowie der Verpflichtung gegenüber Patient*innen und Angehörigen entwickelt das Personal daher neue Fähigkeiten und Wege um dem gerecht zu werden. Hierfür benötigt das Personal laut Langwick ein Objekt, dem sie sich widmen können. Passieren tut dies, indem sie durch *Care*- und Koordinationsleistung,²¹ die sie an der Schnittstelle zwischen Nichtbiomedizin und Biomedizin anwenden, neue Realitäten und Körperformen (ebd., 428–429; 436–437). Ziel dabei ist es, dass die Körper der Patient*innen „compatible with both traditional and modern treatments“ (ebd., 429) werden. Nichtbiomedizin erfährt dabei eine Koordinierung mit und innerhalb der Biomedizin. Diese neuen Wege waren allerdings nur in informellen Interaktionen ausverhandelt und dadurch, dass sie nicht institutionalisiert waren, waren sie prekär und zaghaft (ebd., 428–429; 436–437). An diesem Punkt knüpfe ich mit meiner empirischen Forschung in Teil 3 dieser Arbeit an.

Um die heutige tansanische Heillandschaft, postkoloniale Heilung und die dort anzutreffenden Epistemologien und Ontologien zu erfassen, meint Langwick, man müsse sich statt den multiplen Körpern, die im Medizinpluralismus verankert sind, den Körper multipel widmen:

[...] anthropological analysis needs to move from examining the coexistence of multiple bodies ('medical pluralism') to examining the production of the 'body multiple' (Mol 2002) across diverse spaces of care and through broad therapeutic ecologies (Langwick 2008, 437).

Langwick bezieht sich hier auf Annemarie Mol und deren Auffassung von *body multiple* (Mol 2002). Langwick vertritt dabei die Ansicht, dass es in der postkolonialen

²¹ Unter *Care*- und Koordinationsleistung versteht Langwick, z.B. dass Patient*innen während der Visite die Station verlassen dürfen um traditionelle Heiler*innen aufzusuchen oder die inoffizielle Erlaubnis in der Klinik auch pflanzliche Arzneimittel anzuwenden (Langwick 2008).

Heillandschaft in Tansania den *body multiple*, also die unterschiedlichen Visionen eines Körpers mit anderen Worten ein Gefüge an Körpern gibt, die in einem Moment ausverhandelt werden müssen, damit der Körper behandelt werden kann. Den Körper versteht sie dabei als Objekt der medizinischen Praktik. Dadurch, dass der Körper multipel ist, erklärt sich Langwick, die Suche nach Heilung bei unterschiedlichen Expter*innen und Praktiken damit, dass unterschiedliche Versionen des Körpers unterschiedliche Behandlungen benötigen (Langwick 2008, 429, 437, 2011, 22–25; Mol 2002). Um Wirkung und Heilung zu erfahren, besteht in einem Körper multipel die Notwendigkeit unterschiedliche Praktiken heranzuziehen.

Die Multiplizität in der Heillandschaft sei Ergebnis aller Interferenzen, Unterbrechungen und (Fehl-)Übersetzungen (Langwick 2011, 236, 2008, 429). Statt die unterschiedlichen Heilpraktiken zu thematisieren, schenkt Langwick ihre Aufmerksamkeit den Verwicklungen von „the modern in the traditional, the clinic in the home of the healer, science in the nonbiomedical, and vice versa“ (Langwick 2011, 236), eine Verwicklung die durch die unterschiedlichen Akteur*innen stattfindet (ebd.). Ihrer Ansicht nach mache dieser Zugang es möglich, die Differenzen und Machtdynamiken sichtbar zu machen, zugleich aber auch alternative Ordnungen, die beispielsweise von Heiler*innen etabliert werden, wahrzunehmen (ebd., 236). Zu betrachten gilt es sowohl, wie Nichtbiomedizin und nichtbiomedizinische Heiler*innen mit biomedizinischen Unterbrechungen umgehen als auch umgekehrt Biomedizin mit Unterbrechungen durch Nichtbiomedizin (Langwick 2008, 429, 437–438).

Der Aufforderung sich den *body multiple* anstatt den *multiple bodies* zu widmen, folge ich in meiner empirischen Forschung. Damit schließe ich mich den aktuellen Entwicklungen innerhalb der Debatten rund um den Medizinpluralismus an, die den Fokus auf das lokale Verständnis von Biomedizin, die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen legen und zudem fordern, dass man soziale, politische, ökonomische und historische Faktoren berücksichtigen muss, um die Beziehung von unterschiedlichen Heilpraktiken erklären zu können.

Der Pluralismusbegriff, so wie ich ihn verstehe, impliziert eine gewisse Statik. So interpretiert beispielsweise Eriksen Pluralismus im Zusammenhang von intakten Grenzen (Eriksen 2015, 313). Langwick spricht davon, dass Pluralismus uns dazu veranlasst „to hold something steady“, das wiederum dazu führt, dass “[...] other things can be seen to vary in comparison“ (Langwick 2011, 236). Basierend auf diesem

und vorherigen Kapitels, zeigt sich allerdings deutlich, dass die tansanische, postkoloniale Heillandschaft von Machtdynamiken und Hierarchie geprägt ist und Verwicklungen zwischen Epistemologien und Ontologien stattfinden. Daher erachte ich Pluralismus als nicht ausreichendes Konzept. Ich postuliere basierend auf Langwick (2011, 2008) die Idee der Multiplizität als Weg um einerseits die unterschiedlichen Ordnungen sichtbar zu machen und andererseits die biomedizinische Validierung wahrzunehmen. Ich setze Multiplizität dabei, mit den Worten von Kehr und Coleman, in Beziehung mit:

[...] a fluid assemblage of solid matter and consistent ideas that nevertheless cannot be pinned down to a singular form. Assemblages vary in space and time, and take on different shapes and meanings depending on perspective, interpretative angle and conceptual framing (Chabrol und Kehr 2020).

Unter diesem Gesichtspunkt thematisiert das nachstehende Kapitel die Klinik als einen Raum der multiplen Ordnungen (Street und Coleman 2012; Street 2014) und die Klinik selbst als multiplen Ort (Chabrol und Kehr 2020).

2. Datenerhebung, Datenanalyse und Reflexion

Es war früh am Morgen, als mich mein Weg zum ersten Mal in die neu eröffnete Klinik führte. Vor mir ragte der Mount Meru zwischen Wolken empor. Ich erblickte am Fuße des Mount Meru die grünen Dächer der Klinik. Wenige Minuten später passierte ich das große Einfahrtstor. Milchbüsche (sw. *mnyaa*) umrandeten das Gelände, Pflanzen bedeckten den Boden und vereinzelt spendeten Bäume Schatten. Unter einem von ihnen befand sich eine Bank, auf ihr saßen drei Männer, das Wachpersonal (engl. *watchmen*) und der Gärtner der Klinik. Es war der erste Morgen von unzähligen weiteren in denen Akida, Hami und Kito mich in der Einfahrt der Klinik freudig empfingen. Wenige Schritte später passierte ich eine Brücke über einen Graben, Wasser war keines zu sehen. Der Schotterweg führte mich weiter zu einer kleinen Grasfläche mit niedrigen Bäumen. Von hier erblickte ich die Symmetrie des Geländes. Rechts und links von mir zwei identische, gespiegelte Gebäude mit grünen Dächern. Graubeige Außenwände waren zur umliegenden Region gerichtet, weiße Außenwände, verziert durch Mantras, afrikanische Sprichwörter und Zitate von Persönlichkeiten wie Dalai Lama, Hippocrates und Sathya Sai Baba, richteten sich in den Innenhof des Komplexes. Ich hörte lautes Gelächter und blickte mich um. Auf einer gemauerten Bank vor den weißen Wänden der Klinik saß eine Gruppe von jungen

Männern in ihren weißen und beigeen Klinikuniformen und unterhielten sich angeregt. Mein Blick wanderte weiter zu einem betonierten Weg, der vorbei an der Grasfläche inmitten des Gebäudekomplexes zum überdachten Wartebereich leitete. Nicht nur archetektonisch, sondern auch funktionell vereinte der Wartebereich. Patient*innen saßen hier auf Holzbänken und blickten zu dem Gebäude unter dem Dach. Neben den zwei großen geöffneten Fenstern zierten zwei Holztafeln mit schwarzer Aufschrift *"Cashier Malipo"* (engl. und sw. für Kassenführer*in) und *„Reception Mapokezi“* (engl. und sw. für Rezeption) die Wand.²² Der Wartebereich bildete den Mittelpunkt des Gebäudekomplexes, von ihm führten Wege zu den Behandlungsräumen. Auf jeder Seite befanden sich acht kleine, eingeschossige Departments mit grünen Dächern in Form eines Oktagons, gemeinsam bildeten sie einen Gebäudekomplex, der zweifelsohne durch seine Größe und den pflanzlichen Zaun die Aufmerksamkeit von Passanten auf sich zog. Und dennoch fügte er sich durch die auf die Natur abgestimmten, gedeckten Farben und die Bepflanzung in seine Umgebung ein. Beinahe schon klein wirkten die Gebäude am Fuße des dahinter emporragenden Mount Meru. Die Gebäude schienen zu verkörpern, was sich in ihnen abspielte, eine weiße, hygienisierte, institutionalisierte Uniform und dennoch in regem, engem Austausch mit seiner Umgebung.

Es stellt sich die Frage, wie man einen Ort gleich dieser Klinik fassen kann. Dazu ziehe ich das Konzept der *hospital ethnography* heran. Zumeist sind dabei neben dem „hospital-as-island“ heute vermehrt der „hospital-as-culturally-embedded“ Ansatz anzutreffen (Long, Hunter und van der Geest 2008, 72). Während ersterer Gesundheitseinrichtungen als isolierte Orte und reguliert von der Biomedizin wahrnimmt, sieht der zweite Ansatz Gesundheitseinrichtungen als Ort, der von der sozialen, realen Welt geprägt ist und diese widerspiegelt (Long, Hunter und van der Geest 2008, 72; van der Geest und Finkler 2004, 1998; Street und Coleman 2012, 4-7, 13). Street und Coleman zufolge liegt allerdings die Besonderheit von Gesundheitseinrichtungen darin, dass sie sowohl Abgrenzung und soziale Kontrolle als auch Durchlässigkeit und abweichende Formen der sozialen Ordnung aufweisen. Sie erkennen Gesundheitseinrichtungen daher als Raum der multiplen Ordnungen, in denen eben nicht nur eine biomedizinische Ordnung anzutreffen ist (Street und

²² Es handelt sich hierbei um das gemeinsame Büro der Sozialarbeiterin, Buchhalterin und Empfangsmitarbeiterin. Dieses nenne ich im weiteren Verlauf meiner Arbeit ‚Office‘, da diese Bezeichnung intern für den Raum immer wieder gefallen ist.

Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239). Beispielsweise können Körper, die in einer Klinik sichtbar sind, von einer biomedizinischen Ordnung abweichen (Street 2014, 17–18), wie etwa Elemente der schwarzen Magie. In Gesundheitseinrichtungen lassen sich nicht nur multiple Ordnungen erkennen, sondern auch sie selbst sind „truly multiple places“ (Chabrol und Kehr 2020). In ihnen trifft man nicht nur auf medizinische Praktiken, sondern auch auf Aspekte und Dimensionen über das Medizinische hinaus, sei es nichtmedizinische Materialien, Personal oder Arbeitsabläufe wie einem Abfallwirtschaftssystem (ebd.). Janina Kehr und Fanny Chabrol sind daher der Ansicht, dass je nach Perspektive und Fokussierung der Blick auf ein Krankenhaus uns anderes über diesen Ort offenbart (ebd.). Statt daher uns zu fragen, „what hospitals are“ (ebd.) und zu versuchen Widersprüchlichkeiten zu entwirren, könne eine Anthropologie des multiplen Krankenhauses dabei helfen eine Gesundheitseinrichtung in ihren medizinischen und mehr-als-medizinischen Nuancen zu erkennen (ebd.).

Dieses Verständnis der Klinik ist wesentlich dafür, wie ich mein Forschungsfeld begreife, wie ich mich in ihm bewege und was für mich sichtbar wurde. Meine Forschung war daher nicht auf einen isolierten, weißen, graubeigen Gebäudekomplex begrenzt, sondern fokussierte auch Dimensionen (z.B. familiäre, politische, historische), die dieses Gebäude marmorierten. In dem vorliegenden Kapitel positioniere ich mich im physischen und sozialen Feld. Es stehen die Prozesse des Feldzugangs, der Datenerhebung und der Datenanalyse sowie die begleitende Reflexion im Vordergrund. Ich zeige auf, wie mir erst ethnographische Methoden ermöglichten, diese multiplen Ordnungen zu erfassen und die Klinik multipel für mich und meine Leserschaft sichtbar zu machen.

2.1 Positionierung im sozialen Feld und ethische Anforderungen

Mit meinem ersten Forschungstag war ich physisch im Feld angekommen. Ich traf auf vertraute Gesichter, knüpfte neue Kontakte, erhielt erste Einblicke in das anzutreffende Verständnis von Heilung, den Alltag und die Lebensrealität des Klinikteams und der Patient*innen. Allerdings war ich noch weit davon entfernt, das Erlebte zu ordnen und zu verstehen. Beim Feldzugang handelt es sich nämlich nicht nur um eine physische, sondern auch eine soziale Angelegenheit (Breidenstein et al. 2020, 61). Um das Erlebte und die Beobachtungen zu ordnen, benötigt es daher eines sozialen Zugangs, ansonsten stehen Erzählungen wie jene meines ersten Forschungstages lose im Text und widerspiegeln lediglich meine Wahrnehmung. Zudem erlaubt der soziale Zugang

weitaus tiefere und intimere Einblicke. Im folgenden Kapitel skizziere ich meinen sozialen Zugang und zeige auf, wie mir der Rapport diesen ermöglichte. Daran anschließend diskutiere ich folgende zwei Punkte: Einerseits die daraus entstehenden Machtdynamiken und die Verwundbarkeit des Feldes und andererseits meine damit einhergehende Verantwortung gegenüber dem Feld.

2.1.1 Eine soziale und intime Angelegenheit

Als Anthropolog*innen begegnen wir dem Forschungsfeld nicht nur mit wissenschaftlichem Werkzeug und einem Stapel Bücher im Repertoire, sondern wir tragen unsere eigene Geschichte mit uns, positionieren uns im Feld und gehen zwischenmenschliche Beziehungen ein. Diese Momente offenbaren die Intimität ethnographischer Forschung. Im Gegensatz zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen spielt Intimität in der Anthropologie bewusst eine zentrale Rolle. Hier stützte ich mich auf den norwegischen Anthropologen Thomas Hylland Eriksen dem zufolge es gilt, ein Phänomen ins Intimste zu verstehen. All das bringt sowohl ethische und moralische Verpflichtungen als auch die Reflexion der eigenen Biographie und der möglichen Voreingenommenheit mit sich (Eriksen 2015, 32, 36-37). Wir nehmen im Feld sowohl eine professionelle als auch eine persönliche Rolle ein, was dazu führt, dass eine Feldforschung nicht trennbar von unserem Leben ist. In diesem Chaos liegt letzten Endes auch die Qualität unserer Forschung (Eriksen 2015, 35–37; Amit 2000, 7; Marcus und Fischer [1986] 1999, 22). Im Laufe dieses Kapitels zeigen sich mehrmals meine Verbindungen und Vernetzungen (Abu-Lughod 2008) mit dem Feld. Die Reflexion und Kontextualisierung dazu erfolgen im Kapitel 2.1.2.

Dass es sich um eine soziale Angelegenheit handelte, zeigte sich in meiner Forschung bereits beim physischen Zugang. Meine bereits bestehende Beziehung zum Forschungsort, der NRO und einigen dort involvierten Personen, sowie meine ersten Tage in der Klinik, ebneten mir den Weg in das Feld. Insbesondere meine Bekanntschaft mit der NRO und deren Projektleiterin Karolina war hier hilfreich. Seit 2014 war ich mehrmals am Forschungsort als Volontärin und von 2017 bis 2021 habe ich für den österreichischen Verein auf Basis eines Werkvertrages gearbeitet. Nachdem ich die persönliche Beziehung zu Karolina für meine erste Kontaktaufnahme nutzte und ihr im Jänner 2021 mein Forschungsvorhaben vorstellte, erhielt ich die formelle Erlaubnis in der Klinik meine Feldforschung durchzuführen. Ich bewahrte

allerdings die erforderliche Distanz zu den Erwartungen der *Gatekeeper* und reflektierte die Beziehung (Breidenstein et al. 2020, 62–63) insbesondere mit Hilfe meines Feldjournals.

Die ersten Tage in der Klinik entpuppten sich als Weichenstellung für meinen sozialen Feldzugang. Indem ich das Klinikpersonal durch seinen Alltag begleitete, konnte ich mich mit dem Feld vertraut machen und Tag für Tag die Abläufe, den Alltag, das Klinikpersonal und die Heilpraktiken des Zentrums besser kennenlernen. Die ersten zwei Wochen verbrachte ich meine Zeit überwiegend im Office mit der Sozialarbeiterin Jamala²³, der Empfangsmitarbeiterin Amina und der Buchhalterin Lola sowie im *Remedy Department* mit den *Remedy Makern* Stella, Joyce und Samson. Oft saß ich hier für Stunden, hörte zu, beobachtete und half mit, wo ich konnte. Wir hatten lange Gespräche über die Klinik, die Arusha Region, aber auch über unser Privatleben. Auch wenn es keine allgemeingültige Anleitung für einen erfolgreichen Rapport gibt, so scheinen mir ein zentraler Bestandteil im Aufbau meines Rapports folgende Punkte zu sein: Ich selbst zu sein, die Bereitschaft mitanzupacken, auszu helfen, auf mein Gegenüber und Angelegenheiten, die sie/ihn bewegen einzugehen (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 221).

Nach und nach erhielt ich die Möglichkeit, das gesamte Klinikteam und alle Bereiche der Klinik kennenzulernen. Neben dem medizinischen Personal begleitete ich auch die Reinigungskraft, die Köchinnen, das Wachpersonal und den Gärtner in ihrem Klinikalltag. Indem ich die Klinik als multiplen Ort (Chabrol und Kehr 2020) fasste, richteten sich meine Augen auch auf Orte und Interaktionen, die nicht von medizinischen Dimensionen durchzogen waren. Das ermöglichte mir nicht nur andere Einblicke (z.B. Hygiene in der Klinik) und unterschiedliche Blickwinkel auf den Klinikalltag, sondern - so glaube ich - auch ein tieferes Verständnis (z.B. Lebensrealität) und stärkere Einbindung in das Team. Viel vom Austausch zwischen dem Klinikpersonal und mir geschah außerhalb der Behandlungen. Zum Beispiel in der Zeit, in der wir auf Patient*innen warteten, oder gemeinsam die Räumlichkeiten putzten. Als sehr zentraler Ort für Interaktionen stellte sich neben den einzelnen Departments und dem Office auch das Restaurant der Klinik dar. Hier trafen wir, aber

²³ Jamala ist die Sozialarbeiterin der Klinik und neben Karolina war sie meine erste zentrale Kontaktperson in der Klinik. Wir hatten in den vergangenen Jahren im Bereich der Sozialarbeit zusammengearbeitet und sind gute Freundinnen.

auch Patient*innen, uns zu einem gemeinsamen Frühstück (sw. *chai*) und Mittagessen. Ein anderer Raum, in dem es immer wieder zu Interaktionen kam, war einer der Physiotherapieräume. Dort fanden außerhalb der Praxiszeiten immer wieder Sportaktivitäten statt (wöchentliche Yoga-Sessions und spontane Workouts) aber auch Meetings (wöchentliche medizinische Fortbildungsseminare). Schnell beschränkte sich mein Kontakt mit dem Team nicht mehr nur auf die Klinikräume. Wir trafen uns am Weg zur Klinik, machten uns gemeinsam auf den Heimweg, gingen gemeinsam zum Wochenmarkt, nahmen an Sportaktivitäten in und außerhalb der Klinik teil, verbrachten gemeinsame Abende in der Stadt und am Lagerfeuer, wir trauerten gemeinsam bei Beileidsbekundungen von verstorbenen Familienmitgliedern und feierten die Geburt neuer Familienmitglieder. Neben dem Teilen von intimen Momenten stand auch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten im Mittelpunkt. Wie das gesamte Klinikpersonal beteiligte auch ich mich finanziell bei den Beileidsbekundungen und anderen familiären Angelegenheiten, ein Aspekt, der sich neben sozialen Aktivitäten als sehr zentral für meinen Rapport darstellte.

Intimität war auch maßgebend für den Klinikalltag, meinen Zugang zu Räumen und inhaltlicher Materie. Obwohl ich mit der Zeit überall Einblicke erhielt, war ich mit dem Zugang in manche Departments etwas zögerlicher. Das betraf alle Departments, in denen man Behandlungen durchführt. Ich hatte die Erlaubnis an den Behandlungen teilzunehmen und erhielt des Öfteren die Aufforderung vom Klinikpersonal es zu begleiten. Bevor ich an diesen intimen und sensiblen Interaktionen teilnahm, wollte ich mich allerdings zuerst mit der Situation vertraut machen und meine Position und Vorgehensweise tiefgehend reflektieren. Das war unter anderem ein Grund, weshalb ich mich zu Beginn meistens in der Apotheke (im Feld als *Pharmacy* oder *Duka la Dawa* bezeichnet), dem *Remedy Department* und dem Office aufhielt. Hier fanden keine Behandlungen statt, man entkleidete sich nicht und zeigte zumeist keine äußeren Wunden. Obwohl es mir sehr wohl bewusst war, dass es sich um sensible Begegnungen handelte, erschien es mir hier leichter, Grenzen für den Schutz des Wohlbefindens und der Privatsphäre der Patient*innen zu ziehen und angemessen zu reagieren. Doch tatsächlich war die Intimität und Sensibilität im Setting des Office, des *Remedy Departments* und der Apotheke für mich häufig unsichtbar, beziehungsweise unverständlich. Grund war deren Verkörperung durch Worte. Interaktionen in Englisch konnte ich schnell einordnen und mich entsprechend verhalten, in Kiswahili hingegen

musste ich auf mein begrenztes Kiswahili, Körpersprache sowie auf Übersetzungen und Anweisungen des Klinikteams vertrauen. Im Laufe meiner Forschung stellte ich allerdings fest, dass auch wenn mir Inhalte aufgrund meiner mangelnden Kiswahili-Kenntnisse verborgen blieben, mich dieser Umstand nicht unsichtbar machte. Es galt daher stets zu berücksichtigen, ob meine Anwesenheit in einer intimen Atmosphäre störend war und ob mir mein Weißsein, meine Ethnizität, unter anderem durch Machtasymmetrien, Vorteile verschaffte. Besonders deutlich wurde mir dies, als mir Jamala eines nachmittags von ihren Beratungsgesprächen im Sozialarbeiteraum erzählte. Sie betonte, wie irritierend die häufigen Störungen durch Personen, die während der Gespräche den Raum betreten für sie und ihre Klient*innen seien. Als ich mich für meine Anwesenheit entschuldigte, überraschte mich ihre Antwort: „No, it’s okay, you can stay, they don’t mind, because with you it’s different and you don’t understand what they say.“ Durch diese Aussage ist mir bewusst, dass ich in diesem Setting aufgrund meiner Ethnizität und mangelhaften Sprachkenntnisse als „anders“ wahrgenommen wurde.

Ein weiterer Grund veranlasste mich länger zuzuwarten, bevor ich die Departments auf der Seite des präventiven Gesundheitszentrums besuchte. Während auf der Seite der Naturheilkunde die Türen meistens offen standen, waren sie hier meist verschlossen. Eine räumliche Gegebenheit, die unbewusst einen Einfluss darauf hatte, wie ich zu Beginn Interaktionen auf der Seite des präventiven Gesundheitszentrums als intimer und privater als auf der Naturheilkundeseite wahrnahm. Dass dies nicht der Fall ist, machte mir meine Anwesenheit bei Interaktionen zwischen Praktizierenden und Patient*innen auf der Seite der Naturheilkunde bewusst. Man begegnete Schmerzen, tragischen Lebens- und Krankheitsgeschichten, Personen, die sich für Behandlungen entkleiden mussten, dieselben intimen Momente, wie im präventiven Gesundheitszentrum. Das war einer dieser Momente, die mir eine unbewusste Voreingenommenheit gegenüber nichtbiomedizinischen Praktiken verdeutlichte und es mir ermöglichte, durch Reflexion in Gesprächen mit dem Team und in meinem Feldjournal dieser entgegenzuwirken.

Über den Rapport und die Interaktionen mit Akteur*innen im Feld kreierte sich die ethnographische Forschung als intime und soziale Angelegenheit. All die hier thematisierten Aspekte sind Momente und Verknüpfungen meiner Person mit dem Feld, die eine genauere Reflexion benötigen.

2.1.2 Machtdynamiken und damit einhergehende Verantwortungen

Eine Feldforschung ist geprägt von Momenten der Begegnung und des Kontaktes, ein Kontakt der von Asymmetrien gekennzeichnet ist (Breidenstein et al. 2020, 61). Davon ausgehend stellt sich die Frage der Macht im Feld, der Kontrolle über den Feldzugang und des Kontakts. Im Folgenden findet eine grobe Kontextualisierung der Machtdynamiken und der damit einhergehenden Verantwortungen meinerseits statt. Neben dem Verhältnis zwischen Forscher*in und Forschungsteilnehmer*innen, gilt es in meiner Forschung sowohl die Besonderheit des medizinischen und institutionellen Settings als auch Dimensionen, die ihren Ausgang in Erfahrungen des Kolonialismus, Rassismus und Ausbeutung haben, zu berücksichtigen. Die daraus entstehenden Machtdynamiken beeinflussen sich in meiner Forschung gegenseitig und sind daher im Ganzen zu betrachten. Folglich weise ich beispielhaft einige Machtdynamiken auf.

Das Verhältnis zwischen Forscher*in und Forschungsteilnehmer*in ist zweifelsohne von Ungleichheiten geprägt. Ich als Forscher*in erhalte und sammle Informationen, die mich mit Macht versehen. Die Macht liegt darin, theoretisch die Möglichkeit zu haben, zu entscheiden, was mit den Informationen passiert, was ich preisgebe, welche Informationen ich sammle, in welchem Kontext ich die Informationen präsentiere und wie ich die Informationen interpretiere. In diesem Kontext steht auch die Frage der Repräsentation der Personen und eines Phänomens. Die Asymmetrie liegt darin, dass es sich bei ethnographischen Werken um ein „Sprechen für“ und kein „Sprechen von“ handelt (Breidenstein et al. 2020, 22). Es ist augenscheinlich, dass ich als Anthropolog*in maßgebend die Repräsentation mitgestalte und gleichzeitig ist es mir nicht möglich, eine reale Repräsentation der Welt darzulegen, denn Anthropolog*innen stellen keine neutralen Erzähler*innen dar (Waltorp 2021, 147; Klingenberg 2021, 267–68; Breidenstein et al. 2020, 22; Thomas 2019, 142). Folgend ein Beispiel, in dem sich eine Machtdynamik in Bezug auf Informationen im Forschungssetting zeigt. Vor allem in einem institutionellen Rahmen wie der Klinik, besteht häufig eine berechnete Angst, dass durch Forscher*innen vertrauliche Informationen an die oberste Hierarchieebene gelangen (Thomas 2019, 40, 42). Eine Angst, die mir immer wieder begegnete. Meine Beziehung zur Projektleiterin hatte zweifellos vor allem zu Beginn meiner Forschung einen gravierenden Einfluss darauf, was man mir anvertraute. Einerseits traf ich auf das Narrativ, dass man mir interne Informationen und Abläufe erzählen und zeigen konnte, weil die Projektleiterin mir vertraute. Andererseits erzählte

man mir, dass es manche Personen genau aus jenem Grund vermieden, mir private Informationen anzuvertrauen. Meine Vertrauenswürdigkeit wurde daher durch die Beziehung zur Vorgesetzten geprüft, die dadurch befürchteten Konsequenzen im Feld, stellen eine der zentralsten Machtasymmetrien in meiner Forschung dar.

Die Arbeit in einem medizinischen Setting und vor allem der Kontakt zu Patient*innen bringt eine Reihe an weiteren Machtverhältnissen und ethischen Anforderungen mit sich, nämlich die Vulnerabilität der Patient*innen und die Frage, wer die Entscheidungsmacht inne hat. Die Vulnerabilität der Patient*innen ist augenscheinlich. Sie müssen sich Krankheiten, Verletzungen, aber auch Gefühlen wie Angst, Unsicherheit und Konfusion stellen, allesamt intime Angelegenheiten (Schwarzenbach und Hackett 2021, 11). Auch die Tatsache, dass in Gesundheitseinrichtungen überall Patient*innen-Informationen anzutreffen sind und Forscher*innen häufig auch Einblicke in intime Behandlungssettings erhalten, gefährdet das Wohl der Patient*innen (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 219–20). Diese Vulnerabilität der Patient*innen ist nicht nur Grund für eine Machtasymmetrie zwischen Forscher*in und Patient*in, sondern auch zwischen Patient*innen, Institution und Praktizierenden. Auch das beeinflusst die Forschung. Beispielsweise trifft man als Forscher*in in Gesundheitseinrichtungen auf Regeln seitens der Institution, an die es sich zu halten gilt. Sjaak van der Geest und Kaja Finkler weisen in diesem Kontext auf einen zentralen Punkt hin. Der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen im Globalen Süden gestaltet sich für Forscher*innen einfacher als im Globalen Norden, wo häufig strengere Regeln bezüglich der Privatsphäre der Patient*innen und Prüfungsgremien bestehen (van der Geest und Finkler 2004, 1999), das widerspiegelt auch meine Erfahrung. Ich musste mich keinem Prüfungsgremium stellen. Man vertraute mir Informationen basierend auf dem Vertrauen seitens der Projektleiterin und dem entstehenden Vertrauen des Teams an. Die Projektleiterin autorisierte mich dazu, meine Feldforschung entsprechend den ethischen Leitlinien des Kultur- und Sozialanthropologie Instituts vor Ort durchzuführen und im Zuge von Behandlungen anwesend zu sein.

Auf der intersubjektiven Ebene zwischen klinischem Personal und Patient*innen ist eine weitere Machtasymmetrie zu erkennen. Häufig sprechen Angehörige und Patient*innen dem medizinischen Personal mehr Wissen zu. Als vorteilhaft für das medizinische Personal stellt sich die Vertrautheit mit dem Setting, in meinem Fall der

Klinik, heraus. Dazu gehören Kenntnisse über Krankheiten, in dem Kontext verwendete Sprache und die Struktur der Einrichtung. Mit (vermeintlichem) Wissen geht auch Macht und Einfluss einher (Schwarzenbach und Hackett 2021, 11). Dem Machtverhältnis sei geschuldet, dass Patient*innen der Anwesenheit der Forscher*innen in einer Interaktion unter Umständen nur aus Pflichtgefühl zustimmen (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 219).

Machtdynamiken in der Feldforschung gründen außerdem im Kolonialismus, die dabei zentralsten Machtdynamiken sind Rassismus und Ethnizität. Zweifelsohne führten diese Strukturen dazu, dass ich als weiße Forscherin Macht erhielt. Dazu zählt meinem Empfinden nach unter anderem, dass mein Weißsein dazu beitrug, mir leichter Zugang zu Daten zu verschaffen, man meine Anwesenheit in Behandlungssettings und anderen intimen Momenten duldete. Während niemand explizit nannte, dass Weißsein mir mehr Zugang oder Macht verschaffte, betonte man allerdings im Feld, dass ich als weiße, europäische Person andere Erfahrungen als Schwarze²⁴, tansanische Personen hätte. Zum einen betonte man wiederholt, dass Weißsein mit Reichsein korreliert und zum anderen, dass man als weiße Frau leichter ein Leben ohne Ehemann und dem Risiko der Abhängigkeit führen könne, ohne Betrug und häuslicher Gewalt ausgesetzt zu sein. Zwei Narrative, die selbstverständlich nicht die Realität aller weißen Personen widerspiegeln, aber die im Grunde zentrale Aspekte für meine Person aufweisen: Ich als weiße Frau habe eine finanziell stabile Lage, gestützt durch ein Sozialsystem und Rechte, die mir ermöglichen, als Studentin die Welt zu bereisen, ein Masterstudium zu besuchen und den Job meiner Träume auszuüben. Mehrmals saß ich bei Joyce im *Remedy Department* und hörte sie zu mir sagen: „Johanna, let me tell you...“. Jedes Mal folgten Erzählungen, mit welchen Herausforderungen man als Schwarze, tansanische, alleinerziehende Mutter zu kämpfen habe und dass ich als weiße Frau diese Erfahrungen nicht mache. Jedes Mal war ich ihr so dankbar dafür, dass sie mir liebevoll einen Spiegel vorhielt und mir aufwies, welche Ungleichheiten existieren. Der Begriff multiple Erfahrungen scheint mir auch hier passend. Zweifellos haben diese multiplen Erfahrungen einen Einfluss darauf, wie ich das empirische Material interpretiere und präsentiere.

²⁴ „Das Adjektiv ‚Schwarz‘ wird [...] groß geschrieben da es sich hier um eine emanzipatorische und politische Eigenbezeichnung von Menschen handelt, die sich diese ursprünglich rassistische Fremdbenennung im Zuge des Civil Right Movements in den USA angeeignet haben, um daraus Kraft, Identität und Solidarität zu beziehen“ (Marmer 2018, 292).

2.1.3 Ethische Überlegungen

Im Mittelpunkt dieser Arbeit und meiner Forschung steht das Wohlbefinden, Autonomie, Sicherheit und Würde aller Forschungsteilnehmer*innen (Thomas 2019, 61–64). Basierend auf wissenschaftlicher Literatur und prozesshafter Ethik, versuchte ich dies zu gewährleisten. Neben laufender Prüfung und Reflexion meiner ethischen Ansätze, insbesondere mittels meines Feldjournals [siehe Kapitel 2], kam es auch durchgehend erneut zum Einholen von informierter Zustimmung. Zudem erhielten die Forschungsteilnehmer*innen ein Informationsblatt, welches über die Forschung und ihre damit einhergehenden Rechte aufklärte. Das Klinikteam unterzeichnete eine informierte Einverständniserklärung, in der es sich expliziert auch bezüglich des Wunsches nach Anonymität äußern konnte. Folglich lege ich meinen ethischen Rahmen offen und reflektiere ihn.

An erster Stelle stand für mich, den Forschungsteilnehmer*innen die Möglichkeit zu geben, mich, meine Motive und Vorhaben kennenzulernen und sich mit ihnen und möglichen Konsequenzen für die Beteiligten (z.B. Projektleiter*in erhält die fertige Forschungsarbeit) vertraut zu machen. Im Mittelpunkt steht daher die Gewährleistung einer informierten Zustimmung, einer freiwilligen Teilnahme an der Forschung und die Möglichkeit, die Teilnahme an der Forschung jederzeit zu beenden oder zu unterbrechen (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 220; Thomas 2019, 61–64). Damit dies auch gewährleistet war, achtete ich besonders auf Kommunikation, vor allem auf Verständlichkeit und respektvollen Umgang. Ich machte mir bewusst, dass Sprache auch ausgrenzt und Übersetzungen zu Missverständnissen, Fehlinterpretationen und einem Machtgefüge führen können. Englisch gepaart mit Kiswahili und nonverbale Kommunikation stellte sich für mein Forschungssetting am inklusivsten heraus und verschaffte die Möglichkeit, Missverständnisse am besten zu vermeiden.²⁵ Zweifelsohne beeinflusst Sprache und Kommunikation mein empirisches Material gravierend. Durch Übersetzungen und mangelnde Sprachkenntnisse sind mit Gewissheit Inhalte verloren gegangen und anders interpretiert worden. Durch Literatur, stetige Reflexion, dem Erlernen von Kiswahili und der Auseinandersetzung mit

²⁵ Neben der Nationalsprache Kiswahili, ist Englisch die zweite offizielle Sprache in Tansania. Zusätzlich werden etwa 120 weitere Sprachen von unterschiedlichen ethnischen Gruppen gesprochen. Nicht alle Menschen im Feld konnten Deutsch-, Kiswahili- oder Englischkenntnisse aufweisen. Einige Patient*innen sprachen ausschließlich eine indigene Sprache - eine Schwierigkeit, die sich auch im Klinikalltag zeigte. Sprachen Patient*innen kein Englisch und kein Kiswahili, so nahmen diese zumeist Angehörige mit, die übersetzten oder mussten darauf hoffen, dass eine Person des Klinikteams sich in dieser Sprache mit ihnen verständigen konnte.

Begriffen wie *uganga*, *uchawi*, konnte ich nach bestem Wissen und Gewissen Lücken und Fehlinterpretationen entgegenwirken.

Einen weiteren wichtigen Punkt stellt für mich der Schutz der Privatheit und Vertraulichkeit dar. Im Laufe der Feldforschung kam es immer wieder zu Situationen, in denen meine Position als Forscher*in für mich und meine Mitmenschen in den Hintergrund geriet, vor allem durch den Aufbau von Freundschaften und engen Beziehungen. Die Nähe zum Feld, die uns Anthropolog*innen sehr intime Einblicke ermöglichen, stellt sich laut Stefan Thomas auch als Hürde für die Ethik dar (Thomas 2019, 61–64). Immer wieder kommunizierte ich im Feld offen meine Rolle und Position als Forscher*in. Dennoch kam es mit zunehmender Zeit im Feld zum Anvertrauen von privaten und sensiblen Themen. Für den Umgang mit Geheimnissen und vertraulichen Angelegenheiten ist daher das Sicherstellen von Geheimhaltung oder, wenn erwünscht, Anonymisierung bedeutsam (Thomas 2019, 61–64). Es war meine Aufgabe, solche Situationen in meinem Feldjournal und mit den Forschungsteilnehmer*innen zu reflektieren. Im Falle von Informationen über Patient*innen achtete ich darauf, nur für die Forschung notwendige persönliche Gesundheitsinformationen zu sammeln und griff zur selektiven Datensammlung (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 220). All jene Informationen, die von Teilnehmenden explizit als Geheimnisse und vertraulich deklariert wurden, fielen für mich unter Geheimhaltung. Bei Informationen die ich als privat oder heikel einstufte, suchte ich, wenn möglich das Gespräch mit den beteiligten Personen, wandelte personenbezogene Informationen ab, griff zu generalisierten Darstellungen oder legte mir im Zweifel selbst eine Geheimhaltung auf. Darüber hinaus kam es zur Pseudonymisierung aller Beteiligten, der Klinik und der NRO. Es gilt zu berücksichtigen, dass dieser notwendige Prozess zum Schutz der Beteiligten zugleich auch die Daten beeinflusste, da ich manche Inhalte nicht veröffentliche, sie geheim bleiben oder ich sie generalisiert habe.

Auch wenn ich versuchte, so oft wie möglich die Zustimmung für meine Anwesenheit als Forscherin von allen Beteiligten einzuholen, gab es Situationen in denen sich dies als unpassend oder störend für die Beteiligten herausstellte oder ich aufgrund sprachlicher Barriere eine dritte Person hinzuziehen musste. Als Forscher*in gilt es sich bewusst zu machen, dass wir nie mit Gewissheit sagen können, welche Situation Beteiligte als privat und heikel ansehen und eine Zustimmung auch keine

Gewährleistung dafür ist, dass sich Patient*innen tatsächlich wohl fühlen. Als A und O gilt es daher insbesondere die Rolle der jeweilig involvierten Personen und das Setting zu berücksichtigen (ebd., 219, 220) und „[...] to read sensitive situations and react appropriately [...]“ (ebd., 219). Ich verlies mich allerdings nicht nur auf „mein Bauchgefühl“, sondern reflektierte insbesondere jene Begegnungen, bei denen ich Unbehagen fühlte im Nachhinein, wenn möglich, mit den involvierten Personen und zusätzlich in meinem Feldjournal.

Anthropologische Forschung abverlangt darüber hinaus eine Auseinandersetzung mit sich selbst. Es gilt dabei Aspekte wie die eigene physischen (z.B. angemessene Kleidung) und emotionale Vorbereitung (z.B. Konfrontation mit Tod) (ebd., 219, 221), aber insbesondere auch die Reflexion der eigenen askriptiven Merkmalen (Alter, Geschlecht und Ethnizität) zu berücksichtigen. Diese stehen sowohl im Zusammenhang mit Machtdynamiken als auch dem Zugang zum Feld, sie können diesen verwehren oder erst ermöglichen und sowohl Vertrauen als auch Misstrauen bewirken. Zugehörigkeit und Zugang zu einer Gruppe können allerdings durch andere Dimensionen der sozialen Identität der Forscher*in beeinflusst werden (Breidenstein et al. 2020, 76–78).

Als junge, weiße Forscherin haben meine askriptiven Merkmale mir meiner Wahrnehmung nach, den Zugang in die Klinik erleichtert. Einerseits ermöglichte mir die Tatsache, dass der Großteil des Klinikpersonals in meinem Alter oder nur wenige Jahre älter war (24-40), leicht Zugang zu der Altersgruppe (ebd., 76–78). Andererseits erleichterte mir mein Gender den Zugang zu Ultraschalluntersuchungen von Schwangeren und dem Gynäkologie Department. Breidenstein et al. betonen, dass sich weiblich gelesene Forscherinnen häufig mit zugeschriebenen sozialen Positionen und Geschlechtsstereotypen, wie der Verantwortung für Beziehungs- und Gefühlsarbeit, aber auch Harmlosigkeit, konfrontiert sehen (ebd., 76–78). Ob dies auch meiner Forschung leichter zu Akzeptanz verholfen hat, bleibt offen. Auch über anderes lässt sich lediglich spekulieren, sei es, ob aufgrund meiner Rolle als Frau, meine Anwesenheit bei männlichen Patienten vermieden wurde oder ob einer tansanischen, Schwarzen Forscherin derselbe Zugang gewährt worden wäre. Dennoch gilt es diese Fragen in den Raum zu stellen und erneut zu betonen, dass Ethnizität häufig Einfluss auf Zugang ausübt. Beispielsweise kann lokalen Frauen der Zugang zu einem sozialen Raum in einer Gesellschaft mit starker geschlechtlicher

Ordnung verwehrt sein, während der Anthropologin aufgrund einer anderen Ethnizität der Zugang möglicherweise erlaubt ist (ebd., 76–78).

Reflexion hielt ich in meinem Feldjournal fest. Darüber hinaus war meine Analyse, vor allem nach meinem Forschungsaufenthalt, von Literatur und Theorie geleitet. Im nachfolgenden Kapitel beleuchte ich die Methoden und Datenanalyse.

2.2 Methoden: Von teilnehmender Beobachtung bis hin zur Datenanalyse

Der Auseinandersetzung mit der Datenerhebung und Datenanalyse möchte ich die Aussage von Rea-Holloway und Hagelman voranstellen. Sie fordern Anthropolog*innen dazu auf, mit dem Unerwarteten zu rechnen, denn das reale Leben ist nicht vorhersehbar und so auch nicht die ethnographischen Begegnungen. Genau diese Dynamiken zu fassen, ermögliche es, das reale Leben zu portraituren und machen die Beobachtungen der Anthropologie so wertvoll (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 223). Aus diesem Anlass heraus habe ich trotz vorab erstelltem Forschungsplan, die Flexibilität und Aufgeschlossenheit in den Mittelpunkt gestellt (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 217–18; Breidenstein et al. 2020, 70). Ich legte ich mich daher nicht auf Methoden fest, vielmehr erachtete ich Methoden als ein Instrument, Kenntnisse über mein Forschungsthema zu erlangen und nicht umgekehrt.

2.2.1 Erfassen der sozialen Welt

Um mich mit meinem Feld vertraut zu machen, nutzte ich zu Beginn ausschließlich teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche. Im Laufe meiner Forschung stellten sich diese beiden Methoden als meine täglichen Begleiter heraus. Alle anderen ursprünglich geplanten Methoden (Fragebögen etc.) rückten in den Hintergrund. Um das Wahrgenommene zu ordnen, führte ich allerdings zu einem späteren Zeitpunkt dennoch Interviews durch. In meiner Feldforschung habe ich dadurch ausschließlich qualitative Methoden angewendet, deren Merkmal darin liegt, dass sie...

[...] versuchen, die besondere Bedeutung von Ereignissen, die Sinnzusammenhänge, in denen sie stehen, zu erfassen. Dazu bedienen sie sich einer Fülle von Verfahren, denen gemeinsam ist, dass sie nicht zählen und messen, sondern interpretieren und sinnvoll ordnen (Schülein und Reitze 2021, 273).

Um nun die Beziehung von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Heilpraktiken aufzudecken, half in meiner Forschung die teilnehmende Beobachtung

aus der Handlungs- und Ereignisperspektive (Thomas 2019, 68–69) die Realität zu begreifen. Im Mittelpunkt der teilnehmenden Beobachtung steht die Teilnahme an Aktivitäten und Interaktionen (Musante 2015, 238). Forschungen im medizinischen Setting stoßen in Bezug auf den Aspekt des Teilnehmens manchmal an Grenzen. Während man beispielsweise Behandlungen häufig nur beobachten kann, ist eine aktive Teilnahme in Essenspausen hingegen möglich. Es ist daher üblich, dass die Teilnahme von Beobachter*innen im medizinischen Setting variiert (Tummons 2021, 154). Das war auch in meiner Feldforschung der Fall. Bei Aktivitäten wie Pausen, Warten auf Patient*innen, Sammeln von Pflanzen, Verpacken von Teemischungen, Inventur in der Apotheke, Registrieren von Patient*innen, außerklinischen Aktivitäten, Kochen und Putzen der Klinik, konnte ich aktiv teilnehmen. Bei anderen Aktivitäten, wie etwa Gesprächen zwischen Klinikpersonal und Patient*innen, Seminaren und Behandlungen, variierte meine Teilnahme. Meine Position, meine Ausbildung, mein Wissen und meine Sprachkenntnisse hielten mich zwar davon ab, mich in manchen Gesprächen zwischen Klinikpersonal und Patient*innen aktiv zu involvieren, dennoch kam es auch hier beschränkt zur Teilnahme. So bat man mich beispielsweise in manchen Behandlungsräumen, etwas zu halten, etwas zu bringen, nach Patient*innen zu sehen, Geräte ein- und auszuschalten oder Vitalparameter aufzuzeichnen. Oft erklärte man mir und lehrte mich auch bestimmte Praktiken anzuwenden und Geräte zu bedienen, zum Beispiel Entspannungs- und Behandlungsmassagen oder Scenar (Gerät zur Schmerztherapie mit elektrischen Impulsen) und Ultraschallgeräte aber auch Vitatec- und Labordiagnostik.

Bei teilnehmenden Beobachtungen entsteht der Kontakt neben der gemeinsam verbrachten Zeit auch durch den Dialog. Durch ihn gelingt es Anthropolog*innen kulturelle Bedeutungen, subjektive Interpretationen, und damit die versprachlichte Realität zu erfassen, aber auch die Sozialwelt durch die Perspektive seines Gegenübers zu ergründen. Sie ermöglichen Einblicke in unzugängliche Situationen und die Vergangenheit (Geschichte des Ortes, Biografie der Informant*innen) (Thomas 2019, 68-69, 83-84; Breidenstein et al. 2020, 93–94). Informelle Gespräche nehmen in den täglichen Begegnungen in meinem Forschungsfeld eine zentrale Rolle ein. Sie entstanden spontan und ungeplant und haben keine Struktur. Diese Gespräche, aber auch Interviews, ermöglichten mir die Perspektive der Forschungsteilnehmer*innen

auf die Sozialwelt und im Kontext dieser Forschung insbesondere auf die Beziehung von bio- und nichtbiomedizinischen Praktiken einzufangen (Thomas 2019, 68–69, 86).

Neben zwei unstrukturierten Interviews führte ich drei semi-strukturierte Leitfadeninterviews durch, davon war eines ein Gruppeninterview mit drei Personen. Mein Leitfaden, der auf vorformulierten Fragen basierte, diente mir hier als Orientierung für die Durchführung der Interviews. Das Voranstellen von Beobachtungen vor die Erhebung von Interviewdaten, ermöglichte mir den Kontext, wie etwa die verwendete Sprache, Bewegungen und Herausforderungen von Akteur*innen, bei der Formulierung der Interviewfragen zu berücksichtigen (Rea-Holloway und Hagelman 2021, 217–18). Manchmal wich ich jedoch von den Leitfragen ab und so behielten die Interviews einen offenen und flexiblen Charakter, der es mir ermöglichte, auf mein Gegenüber einzugehen. Die beiden unstrukturierten Interviews entstanden spontan, einmal im Zuge einer Begegnung mit einem lokalen Heiler und einmal im Gespräch mit der Projektleiterin. Zwar bezog ich mich teilweise auf meine Fragen- und Stichpunktesammlung, hielt mich aber an keinen Leitfaden und stellte Fragen aus der Situation und dem Gespräch heraus.

2.2.2 Reflexion und Analyse

Reflexion spielt wie bereits mehrmals betont, eine zentrale Rolle für die anthropologische Forschung. Durch die Auseinandersetzung mit Literatur zu Feldforschung und der Erarbeitung von ethischen Punkten, beginnt dieser Prozess bereits vor der eigentlichen Feldforschung und zieht sich über die Forschung vor Ort bis hin zur Analyse und dem Verfassen der Masterarbeit. Den gesamten Forschungsprozess begleitete das Verfassen von Feldnotizen. Sie sind der zentralste Bestandteil der Reflexion. Beach beschreibt diesen Schritt der Feldforschung wie folgt:

Field-note writing in ethnography is widely understood to be the production of a textual corpus made out of fieldwork experiences and constituting in some sense a raw or partly cooked descriptive database for later generalisation, synthesis and theoretical elaboration (Beach 2005, 2–3).

Dabei sind laut James Clifford drei Formen von Textkörpern in der Feldforschung anzutreffen. Erstens gibt es Feldnotizen, die eine Inschrift darstellen. Es handelt sich um Schlüsselbegriffe und Notizen, die man sich notiert (Clifford 1990, 3–4; zit. nach Beach 2005). In meinem Fall sammelte ich diese im Laufe meiner Feldforschung sowohl auf meinem digitalen Notizbuch am Handy als auch in meinem analogen

Notizbuch. Auch Fotografie und Videos dienten mir als Stütze. Zweitens trifft man in der ethnographischen Forschung auf Feldnotizen in Form von Beschreibung. Basierend auf Schlüsselwörtern, Notizen und Erinnerungen, werden Beschreibungen des Erlebten elaboriert und ausformuliert (Clifford 1990; zit. nach Beach 2005, 3–4). Ich elaborierte sie in meinem digitalen Feldjournal während und nach meiner Feldforschung. Wie bereits mehrmals aufgezeigt, diente mir das Feldjournal dazu, meine Gedanken während der Forschung sichtbar zu machen und damit auch Hierarchien sowie Interessenkonflikte (z.B. als ehemalige Mitarbeiterin und Forscherin) zu beleuchten. Ich hoffe damit möglichen Machtverhältnissen entgegengewirkt zu haben. Neben dem Notieren von Schlüsselworten und deren Elaborierung, findet man drittens in der Anthropologie auch Transkriptionen als Feldnotizen (Clifford 1990; zit. nach Beach 2005, 3–4). In meiner Forschung handelte es sich hierbei um Transkripte der aufgezeichneten Interviews. Während der Durchführung der Interviews notierte ich mir nicht nur Stichwörter, sondern nahm den Dialog auch mit dem Diktiergerät auf. Nach meinem Feldaufenthalt transkribierte ich die Interviews, basierend auf meine Notizen und Aufzeichnungen (Clifford 1990; zit. nach Beach 2005, 3–4).

Wie bereits beschrieben, bestehen die erhobenen Daten aus Beobachtungs- und Gesprächsprotokollen einer neunwöchigen Feldforschung und Transkripten von fünf Interviews. Basierend auf diesen Daten erfolgte die Datenanalyse mittels Codierung und Kategorisierung nach meinem Forschungsaufenthalt 2022. Ich erstellte mit Hilfe von Theorie und Literaturreview erste Kategorien, Codes und Koderegeln. Zentral ist dabei für mich, dass die Codes nicht nur der Literatur entnommen sind, sondern vor allem aus dem Material entspringen. Begleitet habe ich meine Datenanalyse durch das computergestützte Programm zur qualitativen Datenverarbeitung Atlas.ti. Mit dessen Hilfe führte ich eine offene, axiale und selektive Kodierung durch. Zudem verfasste ich kontinuierliche Memos.

Wie bereits erwähnt, dienten mir Fotos und Videos als Notizen. Die Bilder und Videos nutzte ich lediglich als Erinnerungsstütze für das Elaborieren meiner Feldnotizen, es kam daher zu keiner Analyse der Bilder. Im Oktober 2022 erhielt das gesamte Klinikteam von mir einen Ausdruck eines Bildes, das im Rahmen meiner Forschung entstanden ist, es bildet das Klinikteam vor der Klinik ab. Bei meinem zweiten Aufenthalt 2023 kam es während eines Teammeetings zu einer ersten

Präsentation meiner vorläufigen Forschungsergebnisse. Außerdem erhielten alle Forschungsteilnehmer*innen die Möglichkeit, mich zu den Ergebnissen und die Forschung zu befragen. Der zweite Aufenthalt half mir dabei, offene Fragen zu klären und mit dem Team zu reflektieren. Bei meinem nächsten Aufenthalt plane ich meine Forschungsarbeit dem Klinikteam zu präsentieren.

Coda zu Teil 1

Die Ausführungen in Teil 1 dieser Arbeit problematisieren die Kategorien „traditionelle Medizin“ und „moderne Medizin“ sowie deren Dichotomisierung und bekräftigen deren soziale Konstruktion. Basierend darauf schlage ich vor, sich eine Skala (Eriksen 2015, 38) oder ein Spektrum (Olsen und Sargent 2017b, 1) der Heilpraktiken vorzustellen und erachte Biomedizin und Nichtbiomedizin als analytische Kategorien die auf die biomedizinische Validierung in der weltweiten Heillandschaft hindeutet. Darauf aufbauend diskutierte ich den biomedizinischen Referenzrahmen. Die Diskussion gibt Aufschluss darüber, dass während des Kolonialismus neue Epistemologien und Ontologien sowie ein neues Verständnis von Wirkung und Gerechtigkeit eine Institutionalisierung erfuhren (Langwick 2021, 2011). Die kolonialen Entwicklungen sind unter anderem Grund dafür, dass in der postkolonialen Heillandschaft heute eine *politics of knowledge* (Marsland 2007) und eine *economy of knowledge* anzutreffen sind. Ich schlussfolgere, dass der biomedizinische Referenzrahmen zwar beeinflusst was sichtbar/unsichtbar in einer Klinik wird (Street 2014, 12–19), da die Biomedizin allerdings selbst sozial konstruiert und situiert ist (Lambert 2010), ist auch der biomedizinische Referenzrahmen lokal zu betrachten. Um die Vielfalt an Praktiken zu fassen, galt lange Zeit das Konzept des Medizinpluralismus als vorrangig. Bei einer vertieften Auseinandersetzung mit dessen Entstehung und den aufkommenden Kritikpunkten (z.B. „Medizinsysteme“ als gegeben sehen; Vernachlässigung von Machtverhältnissen), stellt sich heraus, dass das Konzept des Pluralismus unzureichend ist. Um die Verwicklungen der Biomedizin in der Nichtbiomedizin und umgekehrt in der postkolonialen Heilung zu erklären, rückt Langwick den *body multiple* (Langwick 2008, 2011) in den Vordergrund. Aufbauend auf ihrer Diskussion argumentiere ich, dass dies ermöglicht, zudem den Vorrang der biomedizinischen Validierung und soziale Ungleichheiten zu thematisieren. Multiplizität in Anlehnung an Langwick und erweitert mit den Konzepten der multiplen Ordnung (Street und Coleman 2012; Street 2014) und dem *hospital multiple* (Chabrol und Kehr 2020) erachte ich als

maßgebend für die Erfassung der Klinik. Ich argumentiere, dass dieser Zugang mir dabei half die Klinik und die dort stattfindenden Praktiken während meiner Forschung (basierend auf Teilnehmender Beobachtung, Interviews und informellen Gesprächen) in ihrer Multiplizität erfassen zu können. Sie ermöglicht mir auch eine reflektierte Auseinandersetzung mit meiner Position im Feld, den Machtdynamiken und der Analyse.

Teil 2

EIN BLICK AUF DIE VERGANGENHEIT: NARRATIVE DER TANSANISCHEN MEDIZINGESCHICHTE

Geschichtsbücher scheinen uns oftmals „eine Geschichte“ Afrikas zu präsentieren. Diese rücke den Fokus zumeist auf Misstrauen innerhalb der Bevölkerung als Folge des Kolonialismus, unzureichende Beteiligung des nationalen Staates, externe Involvierung in das Gesundheitssystem als Folge der Strukturanpassungsprogramme in den 1980er Jahren und eine Bevölkerung, die kreative Lösungen für ihre Herausforderungen findet. Die Medizinanthropologin Nolwazi Mkhwanazi vertritt die Auffassung, dass diese drei Narrative das Grundgerüst vieler historischer und anthropologischer Darstellungen bildet und es damit zur Präsentation einer singuläre Geschichte Afrikas kommt. Eine singuläre Geschichte in der trotz Betonung der lokalen *Agency* (Handlungsfähigkeit von Individuen), der Fokus auf Kolonialismus und den damit einhergehenden tragischen Entwicklungen im Vordergrund liegt. Obwohl Mkhwanazi Kritik an dieser singulären Geschichte übt und betont, dass diese Tatsachen kein Alleinstellungsmerkmal für Afrika darstellen, darf man sie in der Erzählung nicht außer Acht lassen. Sie fordert Anthropolog*innen allerdings dazu auf, sich nicht blind von diesen drei Narrativen leiten zu lassen. Stattdessen besteht die Notwendigkeit auch andere Erzählungen und neue Fragen in Betracht zu ziehen, um Medizin und Gesundheitsverhalten in afrikanischen Ländern zu erklären (Mkhwanazi 2016, 193–99). Um dieser singulären Geschichte nicht unreflektiert zu verfallen, folge ich dem Appell von Nolwazi Mkhwanazi und wage den Versuch, auch andere Narrative zu berücksichtigen. Ich möchte an dieser Stelle noch einen weiteren Kritikpunkt von Mkhwanazi aufgreifen: „[...] the dominance of voices from the (global) North commenting on life in the South remains. As an African woman reading some of the chapters, I kept feeling that I was only getting part of the story [...]“ (ebd., 194). Als weiße Europäerin reihe ich mich unvermeidlich in die Liste der Personen, die Afrika von außen kommentieren, ein. Auch indem ich im empirischen Teil dieser Arbeit die Aussagen und Geschichten von Tansanier*innen in den Vordergrund stelle, schreibe ich letzten Endes dennoch von einer askriptiven Position die nicht, wie sich Mkhwanazi es erhofft, eine Geschichte erzählen kann, die von Afrika ausgeht und über den Blick von innen nach außen verfügt (ebd., 194). Die folgende Darstellung bleibt daher

lediglich *ein Blick* auf die Geschichte Tansanias und erhebt keinerlei Anspruch darauf, die einzig wahre Erzählweise zu präsentieren.

Ich diskutiere hierfür zunächst die nationale Geschichte von Heilung in Tansania und blicke im Zuge dessen insbesondere auf die Legitimation und Institutionalisierung von *uganga* (Praktiken, die heilende Absichten verfolgen; „traditionelle“ Heilung) und wie sich diese über die Jahrzehnte wandelte. Daran anschließend gehe ich auf die lokale Geschichte der Region am Fuße des Mount Meru ein, wo sich die Klinik befindet. Durch den Fokus auf die Lokalität stelle ich die spezifischen Erfahrungen der dort lebenden Bevölkerung in den Vordergrund.

3. Macht über Existenz: Legitimation und Institutionalisierung in der tansanischen Heillandschaft

In den vergangenen Jahrzehnten erlebte Tansania²⁶ gravierende Veränderungen in seiner Heillandschaft und der Legitimation von *uganga*. Das vorliegende Kapitel beleuchtet diese Dynamiken. Es geht mir dabei darum, den Konflikt in der Kategorie der „traditionellen Medizin“ und mit ihrem konstruierten Gegenstück der „modernen Medizin“ in seiner Intimität und Sensibilität zu begreifen. Dem historischen Abriss der Medizingeschichte Tansanias stelle ich daher eine wegweisende Aussage voran: „Traditional medicine is a highly politicized and deeply intimate battle over who and what has the right to exist“ (Langwick 2011, 232). Im Herzen des Konflikts sehen die Medizinanthropologinnen Stacey Langwick und Amy Nichols-Belo die Legitimation – „das Recht zu existieren“ – von Wissen, Entitäten, Subjekten und Objekten (Langwick 2011; Nichols-Belo 2018). Laut Nichols-Belo entfaltet sich der Konflikt in den letzten Jahrzehnten zwischen Staat und *waganga* (Heiler*innen) (Nichols-Belo 2018). Drei

²⁶ Wenn wir uns der Geschichte *Tansanias* widmen, so sprechen wir von einem Gebiet dessen Grenzen zunächst in den 1880er Jahren durch die Deutschen gesetzt wurden, sie nannten das Gebiet „Deutsch-Ostafrika“. Nach Ende des Ersten Weltkriegs (1914-1918) erfolgte die Aufteilung von „Deutsch-Ostafrika“ als Kolonien/Mandatsgebiete vom Völkerbund auf Belgien und Britannien. Seit 1920 führte das Britische Reich das Gebiet als Völkerbundmandat (später UN-Treuhandgebiet) unter dem Namen Tanganyika-Territorium. Tanganyika ging im Jahr 1920 an das Britische Reich, zu dessen Kolonien zählte bereits Sansibar. Nach Erlangen der Unabhängigkeit 1961 wurde am 26.04.1964 die Vereinigte Republik Tansania gegründet, sie vereinte Sansibar (bestehend aus mehreren Inseln, ebenfalls ehemalige Kolonie der Briten) und Tanganyika (Iliffe 1978, 247; Jennings 2015, 2; Kimambo, Maddox und Nyato 2017, 17–18). Die Bevölkerung des Gebietes pflegte bereits einige Jahrhunderte Handelsbeziehungen zu anderen Regionen dieser Erde, durch den Austausch mit Arabien und Persien kam der Islam in die Küstenregionen. Hier entstanden auch Städte und eine Swahili-Zivilisation. Auf dem Sansibar-Archipel und der Küstenregion entstand ein Reich des Omani Sultan. Die ersten Europäer*innen die hier eintrafen, waren Portugiesen im Jahr 1498, sie wurden vertrieben. Im 18. und 19. Jahrhundert griff Europa vermehrt auf Waren und Sklaven aus Ostafrika zurück, die europäischen Kolonialreiche breiteten sich Ende des 19. Jahrhunderts aus, man teilte den Kontinent auf die europäischen Mächte auf (Kimambo, Maddox und Nyato 2017, 1-3, 40).

Aspekte stehen dabei im Mittelpunkt: "[...] what constitutes knowledge, the production of knowledge, and the legitimacy of 'traditional' ways of knowing" (ebd., 722). Blicke man auf Objekte und widmet sich dabei der Frage, was materiell, immateriell, konzeptionell ist und wer über deren Existenz bestimmt, könne man laut Langwick eine neue Geschichte von Tansania und seiner Heillandschaft erzählen (Langwick 2011, 232). Unter diesem Gesichtspunkt widmet sich das vorliegende Kapitel der Vergangenheit Tansanias.

3.1 Macht die heilt: Dynamiken der (vor-) kolonialen Heillandschaft

Was offenbart der Blick nach Tansania in eine Zeit vor dem europäischen Kolonialismus und während des Kolonialismus im Lande? Nur wenige anthropologische Werke widmen sich der vorkolonialen Heillandschaft Afrikas, stattdessen fokussiert man sich zumeist auf das 20. und 21. Jahrhundert. Ein zu kritisierender Zugang, denn er verleitet dazu, eine Gesellschaft ohne Geschichte zu porträtieren (Wolf und Eriksen 2010), man spricht einer Region seine Geschichte vor der „Entdeckung“ oder „Inbesitznahme“ durch die Europäer*innen ab. Mehrere anthropologische Werke betrachteten Heilpraktiken dadurch nur im Kontext des Kolonialismus und der nationalen Souveränität, wie der Anthropologe Feerman betont (Feerman 1985). Aus diesem Grund erläutert dieses Kapitel sowohl die Dynamiken der vorkolonialen als auch kolonialen Heillandschaft und legt dabei ein besonderes Augenmerk auf veränderte Legitimation von Wissen, Entitäten, Subjekten und Objekten.

Die Legitimation und Konzeption von Medizin, Heilung und Heiler*innen fiel in vorkolonialer Zeit in Ostafrika sehr divers aus (ebd., 116–17). Heilung stand dabei laut Langwick und Feerman in enger Verbundenheit mit Macht, Autorität und Hoheitsgewalt. Sie bestimmte die Frage nach Legitimation und wem das Recht gebührt zu heilen und zu schaden. Von politischen Autoritäten, religiösen Praktizierenden und Heiler*innen, die in Verbindung zum König standen: Wer die Hoheitsgewalt und die Macht zum Heilen innehatte, war zeitlich und regional unterschiedlich. Sie allesamt haben allerdings erheblich den Alltag und das Leben der Gesellschaften mitgestaltet (politisch, wirtschaftlich, religiös, etc.). Auch in vorkolonialer Zeit wäre Autorität in unterschiedlichen Formen institutionalisiert gewesen und die einzelnen Gruppen strebten danach, die eigenen Interessen durchzusetzen (Langwick 2011, 41; Feerman 1985, 83, 116-118). Forschungen von

Feierman und Rekdal geben Anregungen zu historischen Machtdynamiken in Tansania. Beispielsweise stand im tansanischen Shambaa Königreich in den Usambara-Bergen, die Macht über das Land in Zusammenhang mit der Kontrolle über die Magie beziehungsweise der Medizin, die das Land mit Fruchtbarkeit segnete (Feierman 1985, 116; Feierman 1970, 65–66). Bei der ethnischen Gruppe Iraqw, aber auch bei anderen tansanischen Ethnien, gäbe es laut Rekdal das weitverbreitete Streben, sich im kulturellen Fernen auf die Suche nach Heilung zu machen. Das Ferne und die Heilung im Fernen galten als machtvoll. Man suchte außerhalb der eigenen ethnischen Gruppen (Rekdal 1999, 458–59). Auch Dilger, Kane und Langwick identifizieren Mobilität als eine geglaubte Heilmacht im vorkolonialen Afrika. Mit zurückgelegter Distanz der Heiler*innen und der Objekte stieg ihre Wirksamkeit (Langwick, Dilger und Kane 2012, 1).

Im vorkolonialen Tansania waren *uganga* (Heilung) und *uchawi* (Unheil; engl. *harming*) die beiden zentralen Kategorien der Heillandschaft. Die Personen, die jegliche Verhältnisse (z.B. Fortpflanzung, Produktion, Stärke, Abstammung, Wachstum, Fortbestand) von anderen Personen beeinflussen konnten, sah man als Expert*innen an. Um einen Einfluss auf die Gesellschaft auszuüben, wurden unterschiedliche Objekte wie beispielsweise Pflanzen, Tiere, Mineralien und Wörter in ihre Interventionen einbezogen. Je nachdem, wie Mitmenschen die Interventionen der Expert*innen moralisch beurteilten, erhielten die Expert*innen den Titel *mganga* (Heiler*in) oder *mchawi* (Hexe/Hexer) – anzumerken ist, dass es sich daher häufig um keine Selbstbezeichnung handelte (und immer noch nicht handelt) (Langwick 2021, 284, 288-289, 308).

Dass im vorkolonialen Ostafrika Heilen Macht bedeutet und wer Autorität und Macht hatte, konnte zumeist auch heilen, geht hier klar hervor. Wer autorisierte aber, welches Wissen, welche Entitäten, Subjekte und Objekte das Recht zur Existenz hatten? Die gelesene Literatur gibt Grund zur Annahme, dass jene Akteur*innen, denen man Macht zusprach, auch über die Legitimation bestimmten. Langwick und Feierman schlussfolgern, dass in Ostafrika sowohl die Heilkraft der Heiler*innen als auch die Wirksamkeit der Magie und Medizin im Zusammenhang mit deren Einflussnahme auf soziale Organisationen und das politische, wirtschaftliche Gefüge stehen (Feierman 1985; Langwick 2011, 233; Feierman 1970).

Mit dem Jahr 1884 änderte sich vieles für Tansania. In diesem Jahr kam die „Deutsch-Ostafrikanische Gesellschaft“ unter der Führung von Karl Peters erstmals nach Ostafrika, ins heutige Tansania. Mit 1890 gingen schließlich als „Protektorat“ große Teile Ostafrikas unter den Namen „Deutsch-Ostafrika“ ins Deutsche Reich über. Nach Ende des Ersten Weltkrieges fiel Tanganyika im Jahr 1920 an das Britische Reich (Schicho 2004, 312; Kimambo, Maddox und Nyato 2017, 121–22; Iliffe 1978, 88–91; Mesaki 2013, 18). Durch den Kolonialismus änderten sich auf dem Gebiet die politischen Strukturen und damit auch die Hoheitsgewalt. *Waganga* verloren zunehmend an öffentlicher Autorität und ihre Kontrolle über wirtschaftliche Produktion (Feierman 1985, 112, 116). Es kam zur Institutionalisierung eines (kolonialen) Staates, zunächst etabliert durch die Deutschen, sie setzten auf eine direkte Herrschaft, die mit Brutalität und Unterdrückung von Widerstand einherging. Die Briten hingegen verfolgten die Integration in ihr vorhandenes imperiales System und eine indirekte Herrschaft, in der man auf lokale Autoritäten zurückgriff, allerdings unter Aufsicht der Briten (Kimambo, Maddox und Nyato 2017, 136, 142, 145, 154, 212; Mesaki 2013, 18).

Während der deutschen kolonialen Besatzung kam es zur Einführung der Biomedizin. Zugleich kam es zu einem Angriff auf das lokale Wohlbefinden, indem man gegen das lokale Verständnis von Gesundheit (z.B. durch Zwangsarbeit, Ermordung lokaler Autoritäten) vorging (Feierman 1985, 119–20). Nach wie vor standen allerdings Autorität und die Macht zu heilen in Tansania eng in Verbindung. Erkennen lässt sich das an der *Maji Maji* Rebellion (1905–1907). Hier nutzte die Bevölkerung die Macht der Wassermedizin von *hongo* (Expert*innen der Wassermedizin) gegen die Kolonialbesatzung (Langwick 2011, 42–46; Langwick et al. 2015, 494, 511). Es ist ein Beispiel dafür, dass lokale Autoritäten, die zu dem Zeitpunkt noch keine Institutionalisierung in dem kolonialen Staatsapparat erfuhren, nach wie vor Macht innehatten, vermutlich da die „Macht zu heilen“ (Langwick et al. 2015, 511) noch in ihren Händen lag.²⁷ Dadurch konnten sie auch Wissen, Entitäten, Subjekte und Objekte, wie das medizinische Wasser in der Bevölkerung legitimieren, auch wenn die Existenz von medizinischem, magischem Wasser, keine Anerkennung vom kolonialen Staat erfuhr. Nachdem die Kolonialmacht die Rebellion zerschlug, identifizierte sie

²⁷ Bis in die 1950er Jahre war das biomedizinische Gesundheitssystem beinahe ausschließlich nur für Europäer*innen zugänglich (Bech et al. 2013, 65–66).

Kontrolle über Medizin als Notwendigkeit um Ostafrika zu kontrollieren (Langwick 2011, 42–46; Langwick et al. 2015, 494, 511).

Die britische koloniale Besetzung strebte aus diesem Grund an, die „Macht zu heilen“ und die „Macht zu herrschen“ strikt voneinander zu trennen. Allerdings interessierte sich der koloniale Staat für lokale Heilmittel. Was folgte war eine Neudefinition von Heilung. Während nicht erwünschte Heilpraktiken unter den Begriff „Hexerei“ fielen, war Wissen und Praktiken zu Heilpflanzen der Pflanzenheilkunde (*herbalism*) beziehungsweise den pflanzlichen Arzneimitteln zugeordnet (Langwick 2021, 291; Langwick et al. 2015, 494, 511). Seit Beginn der britischen Herrschaft war den Kolonialherren „Hexerei“ in Tansania ein Dorn im Auge. Die Strafverfolgung all jener, die Hexerei praktizierten oder davon Gebrauch machten, besiegelte das britische Kolonialregime durch die Hexerei-Verordnung im Jahr 1922 [1928 überarbeitet] im Kolonialrecht, ein Bestandteil der bis heute im tansanischen Rechtskodex verankert ist (Nichols-Belo 2018, 723; Langwick 2011, 39, 47-48). Für Amy Nichols-Belo stellt dies einen zentralen historischen Moment dar, der langfristig zu Kriminalisierung von *uganga* führte (Nichols-Belo 2018, 722–23). Ich lege nahe, dass der Wandel in der moralischen Bewertung zudem damit in Zusammenhang zu bringen ist, dass lokale Autoritäten und Heiler*innen in den kolonialen Staat durch die indirekte Herrschaft²⁸ eingegliedert wurden und die Einflussnahme auf soziale Organisationen und das politische, wirtschaftliche Gefüge beim kolonialen Staat lag. Während der britischen Herrschaft kam es auch zur Institutionalisierung eines biomedizinischen Gesundheitssystems, das bis heute vorhanden ist. Zunächst koordinierte entweder der koloniale Staat oder der Freiwilligensektor (überwiegend Missionen) die Gesundheitseinrichtungen. Ab den 1940er Jahren implementierte der Staat ein öffentlich-privates Modell, in dem er die Gesamtverantwortung übernahm. Für private Einrichtungen (z.B. von Missionen, NROs), vertraute man überwiegend auf externe Gelder (Jennings 2015, 2). Mit dem vermehrten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen für die lokale Bevölkerung, gewährte man lokalen Heiler*innen, die im Stande waren Steuern zu zahlen, Lizenzen als Gesundheitspraktiker*innen (Olsen und Sargent 2017b, 23).

²⁸ Man erhoffte sich dadurch eine Detribalisierung und damit eine möglicherweise entstehende antikoloniale Nationalbewegung zu verhindern. Trotz Bestärkung des Tribalismus und des Rassendenkens, bildete sich durch Kiswahili als gemeinsame Sprache, eine Gruppe an Gelehrten die über ethnische Grenzen hinweg fungieren konnte (Kimambo, Maddox und Nyato 2017, 136, 142, 145, 154, 212; Mesaki 2013, 18).

Auch davor kam es bereits zu Formen der Legitimierung von lokalen Heilpraktiken. Beispielsweise beauftragte man Heiler*innen mit Wundversorgung in *Dispensaries* und heiliges Wasser fand zum Schutz vor Hexerei Anwendung (Langwick 2008, 436). Von dem Moment an, in dem die Kolonialmächte die Biomedizin in Tansania einführten, mussten Körper der Patient*innen unterschiedliche Aspekte (Heilpraktiken, Erwartungen) ausverhandeln. Gesundheitsexpert*innen spielten dabei eine zentrale Rolle (Langwick 2011, 2008; Iliffe 1998). Diese Entwicklungen weisen auf, dass es bereits während des Kolonialismus zu ersten Institutionalisierungen von *waganga* kam und sich Gesundheitseinrichtungen auch als Raum der multiplen Ordnungen (Street und Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239) herausstellten. Es kam daher auch während des Kolonialismus zur Ausverhandlung der Legitimität von Wissen, Entitäten, Subjekten und Objekten innerhalb von institutionalisierten Gesundheitseinrichtungen zwischen Patient*innen und Praktizierenden. Es ist naheliegend, dass die Missachtung des lokalen Gesundheitsverständnisses und das mangelnde medizinische Angebot für die Bevölkerung wesentlich zur Legitimierung beitrug.

3.2 Dynamiken einer unabhängigen Heillandschaft

Wie auch in anderen Regionen Afrikas, verstärkte sich in Tansania zunehmend der Widerstand auf überregionaler Ebene ab den 1920er Jahren (Schicho 2010, 104–5). Unter der nationalistischen Bewegung *Tanganyika African National Union* (TANU) erlangte Tansania im Jahr 1961 die Unabhängigkeit. Mit Julius Nyerere als ersten Präsidenten gründete man im Jahr 1964 die „Vereinigte Republik Tansania“, sie vereinte Tanganyika und Sansibar (Aminzade 2013, 20–21; Bech et al. 2013, 65–67; Hunter 2012, 369; Iliffe 1978, 485; Schicho 2004, 317). Die folgenden Absätze diskutieren, wie sich der Wechsel von der kolonialen Regierung zu einer nationalen Regierung auf die tansanische Heillandschaft auswirkte. Zudem widme ich mich darin der Frage, wie man Wissen in der neuen Nation deklarierte und welche Subjekte und Objekte man legitimierte. Dabei unterscheide ich zwischen der sozialistischen Periode (1964-85) und den daran anschließenden neoliberalen Reformen.

Neu etablierte Regierungen Afrikas standen vor der Herausforderung die große ethnische und kulturelle Vielfalt ihrer Nationen zu koordinieren, dies brachte der gelesenen Literatur zufolge viele der Nationen dazu, eine nationale Politik zu verfolgen, so auch Tansania mit Julius Nyereres sozialistischem Gesellschaftsmodell *Ujamaa* (Familienzusammenhalt). Das Modell strebte nach Tradition, Gemeinschaft,

Familie und dem Anschluss an vorkoloniale Zeit (Gemeinschaft auf Ebene des Dorfs, des Clans) und gleichzeitig nach sozialem Wandel indem wirtschaftlicher Fortschritt eine wichtige Säule darstellte. Während man in diesem Ansatz gegenüber Auslandshilfen für Tansania kritisch eingestellt war, lag der Fokus der tansanischen Regierung auf der Verstaatlichung von sowohl Industrie als auch Sozialwesen und der „Entwicklung“ des ruralen Gebietes durch *Ujamaa*-Dörfer (einem Umsiedlungsprogramm) (Jennings 2015, 2; Gall, Hölkeskamp und Jakobs 2006, 90; Bech et al. 2013, 67; Jennings 2008, 45–47, 52-53). Zu Beginn lag der Fokus der neuen Nation auf dem biomedizinischen System, die Regierung knüpfte es an die Idee der „modernen“ Gesellschaft und beabsichtigte die Erweiterung auf die gesamte Bevölkerung (Langwick 2008, 436). Die Bereitstellung eines solchen Services assoziierte man laut Langwick in Tansania mit der Legitimität des Staates. Die Umsetzung wies allerdings grobe Mängel auf (z.B. fehlende Arzneien und Personal) (Langwick 2008, 436, 2015, 496).

Durch den politischen Austausch im Rahmen des blockfreien Sozialismus mit China („barefoot doctors“ als Vorbild), sah Tansania in jenen Praktiken der konstruierten Kategorie TM zunehmend auch mögliches Potential für die „Entwicklung“ der neuen Nation. Ab 1969 erfolgten erste Schritte der Institutionalisierung (Etablierung von *National Union of Traditional Healers* und *Institute of Traditional Medicine*). Der Staat verfolgte die Integration der „TM“ in das nationale Gesundheitssystem (Langwick 2011, 59-; Nichols-Belo 2018, 726). Der Fokus lag dabei auf wissenschaftlicher Untersuchung und Entwicklung von „TM“ sowie der Professionalisierung von *waganga* durch Registrierungen (Langwick 2011, 59-63; Nichols-Belo 2018, 726; Langwick 2008, 428, 436). Begünstigt waren diese Dynamiken unter anderem durch das fehlende Kapital für synthetische Arzneimittel, die Idee einer indigenen Pharmaindustrie als eine regionalistische, panafrikanische Vision, die WHO-Absicht „traditionelle“ Heiler*innen als Ressource für den biomedizinischen Arbeitskräftemangel heranzuziehen (siehe Alma-Ata Konferenz 1978) und den tansanischen Grundsatz der Eigenständigkeit (siehe Arusha-Deklaration 1967) (Nichols-Belo 2018, 726; Langwick 2021, 291, 2017, 31, 2008, 428, 436).

Wie für viele andere Länder brachten die 1970er Jahre allerdings eine Vielzahl an wirtschaftlichen Herausforderungen für Tansania mit sich. Neben der Ölkrise (1973, 1979), dem Zerfall der Ostafrikanischen Gemeinschaft (1977) und dem Krieg mit

Uganda (1978/79), führte der Rückgang der landwirtschaftlichen Produktion und der Exporte zunehmend zur Stagnation der tansanischen Wirtschaft. Letzteres war insbesondere Dürren und Überschwemmungen aber auch der Dorfentwicklungspolitik geschuldet. Zudem gab es einen Mangel an biomedizinischen Fachkräften (Nichols-Belo 2018, 727; Bech et al. 2013, 69). Trotzdem lag weiterhin bis in die Mitte der 1980er Jahre der Schwerpunkt auf der Expertise von Wissenschaftler*innen und Bürokrat*innen (Langwick 2008, 428, 436).

In Anbetracht dessen, dass die Legitimität des Staates in Verbindung zur Bereitstellung eines medizinischen Gesundheitssystems (Langwick et al. 2015) stand, zeigt sich, dass es mit der erlangten Unabhängigkeit auch zu einer Annäherung der „Macht zu heilen“ und der „Macht zu herrschen“ kam. Wobei diese Macht beim Staat lag. Er legitimierte, welche Subjekte auf staatlicher, institutioneller Ebene Recht zu existieren hatten. Der Fokus lag dabei zunächst auf der Biomedizin. *Uganga* war allerdings nicht aus Tansania verschwunden. Biomedizin alleine schien nicht ausreichende Antworten zur Heilung aller Probleme/Krankheiten zu liefern. Das Recht, Wissen, Entitäten, Subjekte und Objekte, zu legitimieren, lag daher vermutlich nicht nur beim Staat. Es erscheint daher naheliegend, dass sich der Staat zur Legitimierung seiner Macht auch die Macht zu heilen aneignen wollte. All das geschah unter Bezugnahme auf Anwendung von Kategorien (unter anderem traditionelle und moderne Medizin), die ihren Ursprung in kolonialen Begegnungen und Verboten haben (Langwick 2008, 428). Man führte daher auch in der unabhängigen Nation das Verständnis von Heilung, Gesetze wie das *Witchcraft Ordinance*, sowie das Gesundheitssystem aus dem Kolonialismus fort.

Um den Herausforderungen, die sich zunehmend zuspitzten, entgegenzusteuern, kam es ab Mitte der 1980er Jahre zu einem Wechsel der politischen Ausrichtung, weg vom Sozialismus, hin zum Neoliberalismus. Zunächst entstanden nationale Konjunkturprogramme: *National Economic Survival Program* (1981-1982) und *Structural Adjustment Program* (1982-1985) (Bech et al. 2013, 69). Infolge der bestehenden Herausforderungen (e.g. Arbeitskräftemangel) und Verlust politischer Legitimität, kam es im Jahr 1985 schließlich zum Rücktritt von Präsident Nyerere (Bech et al. 2013, 70). Was dem Rücktritt folgte, war globale Wirtschaftspolitik und eine wirtschaftliche Liberalisierung. Tansania war dazu angehalten, in die Bedingungen des Internationalen Währungsfonds einzuwilligen und verabschiedete 1986

Strukturanpassungsprogramme (Langwick 2008, 436–437). Es kam zu Budgetkürzungen (Mkhwanazi 2016, 195) und zu einer Abhängigkeit von externen Geldgeber*innen (Jennings 2015, 2–3). Zuwendungen internationaler Organisationen und verstärkte Aktivitäten von NROs im Bereich Gesundheit hatten neben den nationalen Einsparungen gravierende Auswirkungen auf das tansanische Gesundheitswesen (Brocco 2021, 117; Dilger 2010, 103–4). Zudem keimte in der internationalen Gemeinschaft das Interesse an tansanischer Nichtbiomedizin, *waganga* (Heiler*innen), und *mkunga* (Geburtenhelfer*innen), erneut auf (Langwick 2008, 436–437). Eine Auswirkung der Strukturanpassungsprogramme war zudem, dass ab den 1980er Jahren zunehmend mehr private Gesundheitseinrichtungen eröffneten (ebd., 430).²⁹ Beginnend mit den Nachbarländern verzeichnete man gegen Ende des Jahrhunderts zudem meist profitorientiertes Interesse an tansanischen Ressourcen (Heilpflanzen) (Langwick 2011, 70). In diesem Kontext sei das Welthandelsorganisationsabkommen *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS)* aus dem Jahr 1995 zu erwähnen. Dieses hat unter anderem internationale Debatten über die Offenlegung von Heilwissen sowie der Eigentumsverhältnisse von Heilwissen losgetreten (Langwick 2017, 31–32, 2015, 504; World Trade Organization 2021; Langwick 2021, 284).

Im Jahr 2002 wurde der *Traditional and Alternative Medicine Act* verabschiedet, der eine Definition von „traditioneller Medizin“ bietet, und jene die sie praktizierten, sowohl regulieren als auch unterstützen sollte. Das Gesetz wäre laut Nichols-Belo verhältnismäßig zu anderen Versuchen, inklusiver, relativistisch und an der WHO orientiert gewesen. So betont es, dass „TM“ aus einer Kombination unterschiedlicher Praktiken und Wissen besteht und auf generationsübergreifenden Erfahrungen basiert. Heiler*innen können zudem sowohl psychische, physische als auch soziale Ursachen behandeln. Dieses Gesetz selbst verbietet daher nicht Wahrsagerei und andere magische Elemente. Durch die weiterhin bestehende Hexerei-Verordnung bleibt allerdings das Verbot der Hexerei bestehen (Nichols-Belo 2018, 723, 726-727). Die Unterscheidung zwischen Hexerei und Pflanzenheilkunde bleibt aufrecht (Langwick et al. 2015, 494). Um 2009 kam es vermehrt zu Morden an Menschen mit Albinismus. Amy Nichols-Belo erfasst dies als Moment, in dem es neben der Hexerei-

²⁹ Im Jänner 2024 sind 38,1% öffentlich und 61,9% private Gesundheitseinrichtung registriert (Ministry of Health - Tanzania 2005-2024b).

Verordnung aus dem Jahr 1922 erneut zur Kriminalisierung von *uganga* und *waganga* kommt (Nichols-Belo 2018). Man setzte die Morde in Beziehung zu „traditionellen Heiler*innen“, insbesondere den *waganga wa kienyeji* (Nichols-Belo 2018; Brocco 2021). Erneut kam es zu Beschränkungen und vorübergehenden Verboten. Die Aufforderung anonym Hinweise zu liefern, führte zudem zur Verfolgungen von Heiler*innen (Nichols-Belo 2018, 722–23). Eine Reaktion, die auf die Morde an Menschen mit Albinismus folgte, ist eine Abwendung von der Definition „traditioneller Medizin“, die im *Traditional and Alternative Medicine Act* verankert ist. Man strebt ein neues Verständnis an. Nichols-Belo nennt es ein Projekt der Wissensproduktion, das beabsichtigt “[...] to transform uganga [...] into a formalized, bureaucratic, and sanitized form of ‘natural or herbal medicine’ (dawa ya asili) devoid of any ‘magical’ elements such as spirits, divination, or ancestral knowledge” (ebd., 722). Man verfolgte die Absicht, Heiler*innen zu überwachen und die Implementierung von Maßnahmen wie „standardize and sanitize knowledge“, „encouraging healers to wear ‘white uniforms’ and obtain formal training“ (ebd., 723).

Der Strategieplan 2021 für den Gesundheitssektor der tansanischen Regierung forciert die Implementierung von dualen traditionellen und modernen Gesundheitseinrichtungen (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021). Wie bereits erwähnt, ist die Klinik, in der meine Forschung stattfand, die erste duale Gesundheitseinrichtung dieser Art, diesen neuen Entwicklungen widme ich mich im Teil 3 dieser Arbeit.

4. Heillandschaft am Fuße des Mount Meru

Die Arusha Region am Fuße des Mount Meru ist eine von insgesamt 31 administrativen Regionen in Tansania (Union von Tanganyika und Zanzibar). Zieht man die Bevölkerungszahlen aus 2022 heran, so leben in dieser Region 2.356.255 Personen, davon 1.398.752 im Gebiet rund um Mount Meru, dazu zählen Meru District, Arusha District und Arusha City District (The United Republic of Tanzania et al. 2022).³⁰ Hier leben unterschiedliche Ethnien, stark vertreten sind die indigenen Ethnien Waarusha, Chagga, Maasai und Meru, wobei letztere die größte Bevölkerungsgruppe um den Mount Meru darstellt (Bignante und Tecco 2013, 179;

³⁰ Insgesamt hat Tansania 61.741.120 Einwohner, davon leben 40.196.497 im ruralen Gebiet und 21.544.623 im urbanen Gebiet (The United Republic of Tanzania et al. 2022). Rund 120 verschiedenen Ethnien zählt man in Tansania (Aminzade 2013, 13).

Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government und Meru District Council 2017).³¹

Hier im nordöstlichen Tansania, in einem ruralen Ward der Arusha Region, am Fuße des Mount Meru, fand meine Forschung statt. Diesem Gebiet widmet sich das vorliegende Kapitel. Aufgrund von mangelnden literarischen und wissenschaftlichen Quellen, wage ich den Versuch durch Literatur und jene Einblicke, die mir die Forschungsteilnehmer*innen gewährten, die Geschichte des Forschungsortes zu skizzieren. Dabei nehme ich Bezug auf einzelne Ereignisse. Neben der Ansiedlung der Meru, Maasai und Arusha am Mount Meru in vorkolonialer Zeit, thematisiere ich die Landenteignungen im Zuge des Kolonialismus und der darauffolgenden Etablierung des Arusha Nationalparks, welcher heute den Mount Meru umschließt. In den letzten Jahrzehnten haben insbesondere die Landenteignungen durch die Erweiterungen des Arusha Nationalparks das Leben am Fuße des Mount Meru gravierend mitgestaltet. So verschieben sich beispielsweise immer wieder die Grenzen von Ortschaften und Menschen müssen ihre Häuser und Felder dem Staat überlassen.

Da die in der Region lebenden Ethnien ihre Geschichte, vor allem ihre vorkoloniale Geschichte, durch mündliche Überlieferungen an die nächste Generation weitergaben (Puritt 1971, 42), erfolgten Verschriftlichungen zumeist durch Europäer*innen. Insbesondere dadurch besteht die Gefahr, eine singuläre Geschichte zu erzählen, in der es weiße Personen aus dem Globalen Norden sind, die die Geschichte präsentieren (Mkhwanazi 2016, 193–99). Nicht nur Schwarze Stimmen, sondern auch weibliche sind mangelhaft in der Geschichtsschreibung repräsentiert. Zweifelsohne fehlen dadurch wesentliche Einordnungen und Aspekte der Geschichte, wodurch das Risiko der Fehlinterpretationen und -präsentation besteht. Mehrere der gelesenen Werke erzählen zudem eine weiße Geschichte am Fuße des Mount Meru, die Geschichte von Kolonialmächten, Missionar*innen, Entdecker*innen, und Siedler*innen. Ich rege daher dazu an, das vorliegende Kapitel lediglich als Anreiz zu sehen, historische Dimensionen heranzuziehen, um einen tieferen Einblick in die Dynamiken des Feldes, in dem Heilung praktiziert wird, zu erhalten. Die ethnographischen Kapitel in Teil 3 dieser Arbeit soll diesem Ansatz ethnographische

³¹ Da die Patient*innen und auch ein Großteil des Klinikteams überwiegend den Maasai und Meru angehören und in der Klinik medizinisches Wissen und Heilpflanzen dieser beider Ethnien Anwendung findet, gehe ich im Laufe der vorliegenden Arbeit vermehrt auf die Maasai und Meru ein. Dennoch möchte ich hier ausdrücklich betonen, dass die ethnische Diversität und Identität weitaus komplexer ist.

Tiefe geben. Um eine kritische Reflexion zu ermöglichen, liegt mein Fokus auf Landrechten und die Legitimität von Subjekten und Objekten.

4.1 Vorkoloniale Zeit

Der Mount Meru verdankt seinen Namen der ethnischen Gruppe Meru. Sie siedelten sich vermutlich im 17. Jahrhundert, zunächst am südlichen Hang des Berges an (Munson 2005, 47–48; Puritt 1971, 29). Man geht davon aus, dass zu diesem Zeitpunkt auch die ethnische Gruppe Vakoningo den Mount Meru besiedelte (Puritt 1971, 44–45). Heute sind die Vakoningo in Tansania verschwunden. Ob sie verdrängt oder Teil der Meru wurden, ist den gelesenen Quellen nach unklar. Die Herkunft der Meru ist bis heute nicht ganz eindeutig geklärt, so gibt es diverse Erzählungen, die versuchen den Ursprung der Meru zu erläutern. Während mündliche Überlieferungen vermehrt die Usambara-Berge und die dort lebende Ethnie Shambaa als Ausgangspunkt der ersten Meru sehen, verfolgen diverse Forscher*innen die Herkunft der Meru zu den am Kilimanjaro lebenden Chagga zurück (Spear 1997; Butovskaya, Burkova und Karelin 2016, 144–45; Munson 2005, 47; Puritt 1971). Meru³² zählen zu den Bantusprachen sprechenden Gruppen (indigene Sprache *Kimeru*) und sind herkömmlich in einem patriarchalen, altersabhängigem Clan-System organisiert. Jeder der 26 Clans beruft sich auf einen gemeinsamen Vorfahren. Bis auf wenige Ausnahmen beanspruchte jeder Clan in der Vergangenheit ein gewisses Gebiet als das seine, um dieses fruchtbar zu machen kam es zu Opferungen (Mesaki 2013, 16; Butovskaya, Burkova und Karelin 2016, 144–45; Spear 1997, 21). Land und Fruchtbarkeit nahmen daher bei den Meru laut der gelesenen Literatur eine zentrale Rolle ein.

Spear und Butovskaya et al. verweisen darauf, dass man früher jedem Clan eine spezielle Fähigkeit und damit einen Rang im System zurechnete. Sie nennen folgende Beispiele und reihen vom höchsten zum niedrigsten Rang: Mbise hatten die Macht der Wahrsagerei und Regenmacherei, Kaaya jene der Politik und Magie, Sarajija Macht, die Leben schenkte, und Gärten und Häuser schützte und Sikawa waren Schmiede (Butovskaya, Burkova und Karelin 2016, 145; Spear 1997, 22). Jedem Clan stehen *leader* (pl. *washili*, sg. *mshili*) vor, die früher alle Angelegenheiten von Zeremonien bis hin zu Landkonflikten und Strafen lenkten, sind allerdings dem *Mangi* (Anführer aller

³² Die Meru selbst bezeichneten sich *Varwa*, heute ist überwiegend der Name *Meru* anzutreffen (Butovskaya, Burkova und Karelin 2016, 142; Puritt 1971, 21–22; Mesaki 2013, 16).

Meru) in der Hierarchie untergeordnet. Zudem gibt es einen *chief* in jeder Clan übergreifenden Altersgruppe (Mesaki 2013, 16–17). Es sei auch noch zu erwähnen, dass das Clansystem, die Altersgruppen und die patriarchalische Ordnung noch heute anzutreffen sind, allerdings tragen Landknappheit und wirtschaftliche Änderungen der letzten Jahrzehnte dazu bei, dass sich diese Strukturen ändern und die Autorität der älteren Männer ins Schwanken kommt, so Mesaki. Auslöser seien beispielsweise auch, dass immer weniger Väter ihren Söhnen Land vererben können (Mesaki 2013, 17; Williams 2022). In meiner Feldforschung stellt sich allerdings heraus, dass nach wie vor lediglich Männer die Position der *washili* und des *mangi* einnehmen können.

Bei den Meru waren früher männliche *waganga* (singl. *mganga*) und sowohl weibliche als auch männliche *wachawi* (singl. *mchawi*) anzutreffen (Puritt 1971). Wie bereits erwähnt, war und ist diese Trennung auch in anderen Teilen Tansanias anzutreffen. Magische Elemente waren laut Puritt in den Praktiken beider Expert*innen vorhanden. *Waganga* praktizierten bei den Meru nach Aufforderung und gegen Entschädigung. Neben ihrer Tätigkeit als *waganga*, waren sie oftmals auch Bauern. Man hatte zwar eine Begabung für die Tätigkeit als *waganga*, seine Fähigkeiten musste man sich allerdings durch Fleiß und nicht durch Vererbung erarbeiten. *Wachawi* praktizierten heimlich und bei Enttarnung hatten *wachawi* und Auftraggeber*innen mit Bestrafungen zu rechnen. Es kam bei den Meru zur Ächtung sowie Prügel bis hin zum Tod und Schwüren nie wieder *uchawi* anzuwenden. Weiblichen *wachawi* vererbten ihre Fähigkeiten an ihre Tochter, entschied sich die Tochter diese Fähigkeiten nicht anzunehmen, so wäre sie mit Unfruchtbarkeit bestraft, nahm sie die Fähigkeit an, so musste sie ein Lebewesen opfern. Männliche *wachawi* erarbeiteten sich ihre Fähigkeit und erhielten sie nicht durch Vererbung. Bei den Meru waren *mchawi* zumeist Frauen, die vorwiegend zu Gift - gewonnen durch Tiere, Objekte und Pflanzen - griffen um anderen zu schaden (Puritt 1971, 152–58). Welchen Status *waganga* und *wachawi* bei den Meru heute haben, ob *wachawi* nach wie vor mit Bestrafungen zu rechnen haben und ob auch heute nur Männer als *waganga* bei den Meru tätig sind, offenbaren meine Quellen nicht.

Erst um die zwei Jahrhunderte später, in den 1830er Jahren siedelten sich die Arusha am südwestlichen Hang des Mount Meru an. Die Arusha identifizieren sich zwar laut Literatur nicht als Maasai, allerdings sprechen sie einen Maa Dialekt, pflegten intensiven Austausch mit ihnen und sind vermutlich mit den Maasai und anderen Bantu

sprechenden Ethnien verwandt. Man geht davon aus, dass sie aus dem südlichen Kenia kamen, sich in Arusha Chini ansiedelten um dort landwirtschaftliche Tätigkeiten (Viehzucht und Anbau) auszuführen. Zudem waren sie im 19. Jahrhundert stark in den Karawanenverkehr involviert. Als sie sich am Mount Meru ansiedelten, kam es laut gelesener Literatur zunächst zu Angriffen seitens der Arusha, später pflegten sie eine freundschaftliche Nachbarschaft und Tauschgeschäfte, weiters organisierten sie sich vorübergehend auch in gemeinsamen altersorientierten „Kriegergruppen“ (Munson 2005, 49–51; Butovskaya, Burkova und Karelin 2016, 143, 146, 151; Puritt 1971, 21–24, 51-55).

Zur etwa selben Zeit siedelten sich auch Maasai am Mount Meru an (Munson 2005, 51–53). Häufig trifft man auf die Annahme, Maasai waren alle einmal Viehhirten. Spear verweist allerdings darauf, dass die Maasai-Identität und im allgemeinen Ethnizität weitaus komplexer ist. Vermutlich sind sie im ersten Jahrhundert n. Chr. aus dem Südsudan über das Rift Valley nach Kenia und Tansania gekommen und nahmen unterschiedliche Ethnien auf. In wissenschaftlichen Werken sei häufig die Annahme vertreten, Maasai waren zu Beginn Agropastoralisten, über die Jahrhunderte spezialisierten sich Maa-Sprechende zunehmend auf Viehwirtschaft auf flachen Ebenen, während die Bantu-Sprechenden Ethnien hingegen als Farmer im fruchtbaren Hochland und die Okiek als Jäger und Sammler in Wäldern tätig waren. Diese theoretische Dreiteilung sah aber in der Realität oft anders aus und unterschiedliche Bedingungen führte zu unterschiedlichen Tätigkeiten der diversen Gruppen (Spear 2016, 1–2). Diese Ausführungen von Spear machen deutlich, dass in weißer Literatur die Identität ethnischer Gruppen häufig mangelhaft repräsentiert wird und zu falschen Darstellungen führt.

In der Region um Mount Meru und Mount Kilimanjaro traf man vor dem Kolonialismus auf mündlich überlieferte Religion. Dies erlaubte der Bevölkerung, neue Antworten auf neue Herausforderungen zu finden. Dabei glaubte man, laut der gelesenen Literatur, überwiegend an die Existenz eines *Supreme God*, der zwar in Distanz zu den Menschen, aber in enger Verbundenheit mit der Natur lebe. Zudem vertraute man darauf, dass man durch *Spirits* und Opferungen ein Gleichgewicht im Leben erschaffen könne. Maasai und Arusha glaubten an den *Supreme God*, der den Namen *Engai* (Regen) trägt. Man ging davon aus, dass sich dieser in Naturphänomenen zeigen würde und heilige Bäume oder den Meru-Krater bewohne.

Zudem glaubte man an Macht von *Spirits*. Im Gegensatz zu den Maasai, Arusha und Chagga, glaubten Meru nicht an die Existenz eines *Supreme God*, stattdessen waren Elemente der Erde wie Bäume, Gras, Flüsse, Tiere und Menschen lebendig und bildeten eine Einheit. In ihnen allen fänden sich *Spirits*, die durch Bitten an Vorfahren den Menschen bei Herausforderungen halfen. Opferungen sollten den bösen Taten der Menschen Einhalt gebieten (Munson 2005, 51–53; Puritt 2017, 120–21, 1971, 25, 168). Wie im folgenden Kapitel Erwähnung findet, erhielten durch den Kolonialismus und die Missionierung neue Glaubensansätze Raum in der Region. Laut Bignante und Tecco seien allerdings bei den Maasai aufgrund der zunächst nomadischen und zunehmend halbnomadischen Lebensweise (heute vermehrt in Sesshaftigkeit), nach wie vor vermehrt auch frühere religiöse Überzeugungen anzutreffen (Bignante und Tecco 2013, 178–81).

4.2 Kolonialismus

Wie auch das restliche Land blieb das Gebiet rund um Mount Meru nicht verschont von Forschungsexpeditionen und Missionierungsversuchen. Aufzeichnungen nach seien die ersten Europäer*innen in der Region die beiden Österreicher Graf Samuel Teleki und Leutnant Ludwig von Höhnel im Jahr 1877 gewesen, gefolgt von christlichen Missionsvorhaben der katholischen, französischen „Black Fathers“ 1896 und kurz darauf von der Evangelisch-Lutherische Mission Leipzig (Munson 2005, 47–48; Wright 1963, 2–3; Puritt 1971, 55–56; Mesaki 2013, 17). Beide Missionsversuche fanden bereits nach wenigen Tagen ein Ende. Jene der evangelischen Mission, endete aufgrund der Ermordung zweier Missionare und vier deren Begleiter durch Meru und Arusha Krieger aufgrund deren Angst vor Zwangsarbeit, so die gelesene Literatur. Es folgte eine Strafexpedition unter Hauptmann Kurt Johannes und sechs Jahre Krieg zwischen den Deutschen, Chagga, Meru und Arusha. In dieser Zeit kam es zur Ermordung hunderter Meru und Arusha, Beschlagnahmung von Vieh und Verschleppung von Frauen. Gegen Ende erhängte die deutsche Verwaltung Mangi Lobulu und mehrere Chagga *Chiefs* mit dem Ziel, „Unruhestifter“ aus dem Weg zu räumen. Währenddessen enteignete man zudem Meru und vergab das Land an Siedler aus Südafrika (Afrikaaners), später auch an Europäer*innen für Milchwirtschaft (Puritt 1971, 9, 20, 55–64; Mesaki 2013, 17–18; Benjamin 2002, 71; Munson 2005, 329). Im Jahr 1902 startete die Evangelische-Lutherische Mission Leipzig erneut den Aufbau einer christlichen Mission im Meru-Land. Sie sei Anlaufstelle für Unterricht der

Kinder, Medizin und Essen geworden. Im selben Jahr kam es jedoch auch zur Inhaftierung von Mangi Nereu durch die deutsche Kolonialverwaltung und zur Zwangsarbeit von Meru zum Bau von Straßen und Gebäuden. In den folgenden Monaten und Jahren kamen weitere Missionare und Siedler ins Meruland (Puritt 1971, 60–64).

Der Besitz von Land und damit das Recht über Besitz, änderte sich durch den Kolonialismus. Früher war der Besitz durch *moral economies* geregelt, jeder hatte das Recht, genügend Land zu besitzen: „[...] everyone’s right to sufficient land to support one’s family, the fruits of one’s own labour and the exercise of social and political influence. [...] land and labour were connected: rights to land belonged to those who cleared it” (Mesaki 2013, 17–18). Die deutsche Kolonialherrschaft führte jedoch Zwangsarbeit und Steuern ein, für Meru war dieses Vorgehen unmoralisch, denn die Kolonialherrschaft nahm sich Land, ohne dies zu nutzen und vereinnahmte die Arbeitskraft von anderen Menschen. Während der deutschen Kolonialherrschaft entstand der *Iron Ring* um den Mount Meru, dabei handelte es sich um europäische Anwesen und Plantagen, die Meru davon abhielten, sich im Land auszubreiten. Die Ausbreitung in die Berge war durch ein Waldreservat begrenzt. Die Gründung des Arusha Nationalparks führte dazu, dass die nördlichen Dörfer von ihrem einstigen Heimatland am Mount Meru abgeschnitten waren, man setzte Tore, die von Meru nicht passiert werden durften. Europäische Farmen und Waldreservate führten zum Verlust wichtiger Ressourcen wie Wasserversorgung, Ackerland und Weideflächen (Neumann 1992, 91–94; Mesaki 2013, 17–18; Benjamin 2002, 166–68).

Nach dem Ersten Weltkrieg vertrieben die britische Kolonialmacht die deutschen Siedler aus dem Land und verteilte es an Briten und Griechen. Durch die indirekte Herrschaft der Briten anerkannte die koloniale Regierung den Anführer der Meru (*Mangi*) im Meruland. Aufgrund des Klimas und der fruchtbaren Böden am Fuße des Mount Meru, förderte die Kolonialverwaltung die Plantagenansiedlung von Europäer*innen in dem Gebiet. So nahm man Meru zunehmend Land weg, was schließlich in den 1940er Jahren zu einer Landknappheit führte (Mesaki 2013, 18–19; Puritt 1971, 2–11).

Als Höhepunkt der Enteignungen in dieser Region identifizieren der Geograph Roderick Neumann (1992), die Anthropologen Paul Puritt (1971) und Simeon Mesaki (2013) den sogenannten *Meru-Land-Case* im Jahr 1951. Man verfolgte das Ziel der

Homogenität und beabsichtigte das nördliche Gebiet des Mount Meru zu einem weißen Siedlerblock zu machen. Insgesamt richtete sich die gewaltsame Zwangsvertreibung gegen etwa 300 Familien (Mesaki 2013, 18–21; Puritt 1971, 1–11).

Der *Meru-Land-Case* schaffte es mit Kirilo Japhet Ayo³³ bis zum Treuhandrat der Vereinten Nationen in New York. Trotz der vielen Schritte seitens der Meru, gab es keinerlei Bemühungen seitens der Kolonialverwaltung, das enteignete Land an die Meru zurückzugeben (Puritt 1971, 1–11; Mesaki 2013, 18–21; Wright 1963, 12–16). Auch in meinen Gesprächen mit den beiden Meru Meshack (Heiler in der Arusha Region) und Akili (ein Mitarbeiter der NRO) war der *Meru-Land-Case* sehr präsent. Sie erzählten mir, dass alle Meru der Region damals Geld sammelten um Kirilo die Reise zu den Vereinten Nationen in New York zu ermöglichen.

Mesaki spricht von Unglück und okkulten Kräften, die die Siedler in Folge der Zwangsräumungen heimsuchten: Vieh starb, Familien erkrankten und Ernten fielen aus. Nach der erlangten Unabhängigkeit Tansanias 1961 gelang es den Meru zunehmend, alle bis auf zwei Farmen zurückzuerwerben. Im April 1962, ein Jahr nach der erreichten Unabhängigkeit des Landes, feierten Meru am Ostersonntag die Einweihung der neuerrichteten Kirche – die alte Steinkirche aus dem Jahr 1938 war im Zuge der Enteignungen abgebrannt worden - und die offizielle Rückkehr in ihr Heimatland (Puritt 1971, 1–11; Mesaki 2013, 18–21).

Der *Meru-Land-Case* wurde im Zuge der Unabhängigkeitsbewegung durch die Tanganyika African Association/Tanganyika African National Union (TANU) zum Vorzeigebeispiel für die Ungerechtigkeit, die dem Land durch das Kolonialregime widerfuhr. Laut Puritt und Mesaki war es sogar ein Auslöser für die Bildung der Unabhängigkeitsbewegung und TANU, da es sich beim *Meru-Land-Case* nicht nur um einen Zusammenschluss einer Ethnie, sondern auch um eine nationale Bewegung handelte. Zudem war Kirilo der erste Tanganjikaner der vor den Vereinten Nationen stand. Nyerere erachtete den Fall als zentral für die Bildung eines politischen Bewusstseins des Landes (Puritt 1971, 2–11; Mesaki 2013, 19–21). Der *Meru-Land-Case* ging somit nicht nur in die lokale, sondern auch in die nationale Geschichte ein.

³³ Kirilo Japhet Ayo ist 1921 geboren und wuchs in einer der ersten christlichen Meru-Familien auf. Sein Großvater Nganayo war im Meruland ein bekannter traditioneller Heiler, sein Vater ein lutherischer Schatzmeister und er selbst war unter anderem Lehrer, *Naitive Authority Dresser* und christlicher Führer (Mesaki 2013, 21–22; Wright 1963, 12).

Neumann, Puritt und Mesaki sehen im *Meru-Land-Case* die Ursache für andauernde Auseinandersetzungen zwischen Anwohner*innen, Parkverwaltung und Staat über Zugang zu Gebieten und Besitzverhältnisse und den Bemühungen der Meru, eine Verbesserung der Landbesitzverhältnisse zu erzielen. Denn seit der Gründung des Nationalparks sind Meru von der ständigen Angst begleitet, dass sich die Grenzen des Parks verschieben, mehrmals mussten sie dies in den letzten Jahren mitansehen (Neumann 1992, 94; Puritt 1971, 2–11; Mesaki 2013, 19–21). Neben der Angst, Land und Heim zu verlieren, ist mir auch ein weiterer Punkt, den Puritt anspricht, aus meiner Feldforschung sehr vertraut: Die stetigen Sorgen der Bewohner*innen, dass die Wildtiere in der Nacht ihre Felder, Farmen und Gärten, die an den Nationalpark grenzen, plündern (Puritt 1971, 27). Häufig versteht man in diesem Narrativ den Arusha Nationalpark als Verursacher für diese Herausforderung.

4.3 Heutige (Heil)landschaft

Die Berghänge des Mount Meru und die umliegende Region sind von ihrem fruchtbaren, vulkanischen Boden mit einem hohen Humusgehalt in den feuchten Gebieten gekennzeichnet und auch durch eine große Vielfalt in ihrer Vegetation. Die Region ähnelt überwiegend einer Savanne. Neben tropischem Regenwald, Bergwäldern, Heidezonen, Grasland, Laubdickicht und Moorland, trifft man in der Ebene auf trockenen Dornbusch. Letzterer ist kennzeichnend für die südliche, semiaride Zone, in der das Gebirge abflacht und sich Maasai niedergelassen haben. Während diese Gegend von Trockenheit gekennzeichnet ist, ist das umliegende Gebiet des Mount Meru durch Flüsse, Seen, Sümpfe und Bäche gut bewässert (Bignante und Tecco 2013; Puritt 1971, 27–28; Mesaki 2013, 15). An dieser Stelle möchte ich betonen, dass die Klimakrise auch keinen Halt vor dem Mount Meru macht. In den letzten Jahrzehnten häuften sich Extremwetterlagen und Dürren, auch während meines Forschungsaufenthalts 2022 hatte die Region mit Dürren und großen Ernteaussfällen aufgrund ausbleibender Regenzeit zu kämpfen.

Maasai, Arusha und Meru haben hier ein landwirtschaftliches und agropastorales System entwickelt. Neben Kaffee und Bananen, werden andere Nutzpflanzen wie Hülsenfrüchte angepflanzt. In der trockenen Gegend ist der Anbau von Mais und Bohnen sowie die Haltung von Nutztieren (Ziegen und Rinder) vorrangig (Mesaki 2013, 15, 17). Die Ökonomie der Gegend wird allerdings nicht nur durch den vulkanischen Boden und den hohen Niederschlag, sondern auch durch den Mount Meru selbst als

Tourismusattraktion³⁴ beeinflusst (ebd., 15, 17). Dies ist ein Grund weshalb viele Maasai und Meru der Gegend im Tourismus tätig sind. Während man häufig auf das Narrativ trifft, dass in der Gegend Maasai als Viehhalter und Züchter von Rindern, Schafen und Ziegen und Meru als Kleinbauern tätig sind (Bignante und Tecco 2013), so möchte ich so banal es auch scheinen mag, betonen, dass Maasai und Meru in allen Sparten beruflich tätig sind.

Folgend möchte ich die heute anzutreffende Heillandschaft näher skizzieren. Die Studie von Entwicklungsgeographin Elisa Bignante und der Expertin für nachhaltige Entwicklung Nadia Tecco gibt als eine der wenigen Quellen Auskunft über die Heillandschaft des ruralen Gebiets am Fuße des Mount Meru. Sie legen ihren Fokus auf Meru und Maasai und ermöglichen einen Einblick in die medizinische Lage im Dorf Uwiro. Neben dem dort anzutreffenden unterversorgten und nur für wenige leistbaren biomedizinischen System, sprechen die beiden Forscherinnen von einem „parallelen System“ der indigenen medizinischen Praktiken. Das indigene „Medizinsystem“ zeige sich zum Beispiel durch den Verkauf von pflanzlichen Heilmitteln am Wochenmarkt in Olkung'wado und den *waganga*, die im gesamten Ward anzutreffen sind. In Bezug auf das biomedizinische „System“ fehlt es an Medizin und medizinischem Equipment, als auch an Transport und lokalen Dispensaries. Neben diesen „parallelen Systemen“, sprechen sie jedoch davon, dass sich in der Region ein „hybrides Gesundheitssystem“ entwickelt hat, bei dem sich biomedizinische Elemente in der indigenen Medizin wiederfinden, Praktiken sich vermischen und neu definieren, so beispielsweise die Pflanzenheilkunde (Bignante und Tecco 2013, 177–81). Statt von Medizinsystemen und Hybridität zu sprechen, beziehe ich mich auf Langwick die von postkolonialer Heilung spricht (Langwick 2011).

Bignante und Tecco identifizieren Unterschiede in heutigen Heilpraktiken und Wissen zwischen den Massai und den Meru. Ihre Studie weist einen Verlust von Heilwissen und Distanz zu lokalen Heilpraktiken auf, Ursache sei die durchlebten Erfahrungen durch die Kolonialisierung, Missionierung und spätere Modernisierungsprogramme. Durch den engen Austausch mit den Maasai, nimmt die

³⁴ Anzumerken ist, dass sich die Tourismusindustrie seit Jahrzehnten insbesondere der Maasai Kultur als ein wirtschaftliches Gut bedient (Melubo und Carr 2019, 220). Bilder von Maasai am Cover von Tourismusbroschüren dienen nicht selten als Anreiz für den Besuch in Tansania und Kenia und porträtieren ein einseitiges Bild der Maasai, als eine der „letzten Zeugen“ der „Afrikanischen Kultur“, „unberührt“ von Kolonialismus und Modernisierungsprojekten (Spear und Waller [1993] 2016) Ein stark zu kritisierendes Bild, welches nicht der Realität entspricht.

indigene Medizin jedoch wieder eine wichtigere Stellung ein. Die Maasai hätten durch ihre nomadische Lebensweise, späte Sesshaftigkeit/halbnomadische Lebensweise und dadurch bewirkte späte Konvertierung zum Luthertum andere Erfahrungen gemacht. Für sie würde die indigene Medizin nach wie vor wichtig sein und stelle sogar ihre zentrale Quelle der Gesundheitsversorgung dar. Dennoch hätte diese sich auch gewandelt. Einerseits verfügten Maasai nach wie vor über ein tiefgehendes Wissen über Pflanzen und sähen die Beziehung von Körper, Land, Familie, Gemeinschaft und Spiritualität als Notwendigkeit. Sie führten eine affektive Beziehung sowohl zu Land und Umwelt als auch zu Traditionen. Dies könnte der Grund dafür sein, dass man die Suche nach Pflanzen und deren Zubereitung ebenfalls als Teil des Heilungsprozesses erachtet. Andererseits seien Wahrsagerei und magische Elemente kaum mehr präsent. Das Heilungssystem der Maasai würde den Prozess von Krankheit, Diagnose und Heilung, Natur und deren Ressourcen und die Gemeinschaft verbinden, Heilpflanzen seien ein wichtiger Bestandteil davon (Bignante und Tecco 2013, 178–84). Aus meiner Feldforschung ist mir bewusst, dass diese Beziehung auch bei den Meru von Wichtigkeit ist. Sowohl bei Meru als auch bei Maasai sei die Gemeinschaft und das ganzheitliche Heilen von Körper und Geist wichtig für den Heilungsprozess, sowohl um den Ursprung der Krankheit zu erkennen als auch zur Behandlung (ebd., 178–84).

Für den Austausch der Maasai würden beispielsweise Marktplätze eine zentrale Rolle einnehmen. Hier kommt es zum Austausch (mündliche Weitergabe von Wissen) über Heilung, insbesondere durch *Herbalisten* und deren Marktstände. Auch wenn viele Meru Interesse an Heilpflanzen haben, so würde man die Heilpflanzen und *Remedies* meistens am Markt kaufen, hier wo man sich scheinbar in Sicherheit über die Eigenschaften (*properties*) der Pflanzen wiegen könne. Andernfalls befürchtet man, sich aufgrund von fehlendem Wissen, anstatt zu heilen zu vergiften (*intoxicate*) (Bignante und Tecco 2013, 178–84).

In der Arusha Region sind zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit 581 registrierte Gesundheitseinrichtungen tätig, davon 201 in Arusha City District, 90 in Arusha District und 81 in Meru District (Ministry of Health - Tanzania 2005-2024a). Aus einem Bericht des *Meru District Council* aus dem Jahr 2017 geht hervor, dass es vielen Gesundheitseinrichtungen in dem Gebiet an Wasser- und Stromversorgung mangelt, zudem stellen sie eine Knappheit an Medikamenten und medizinischem Equipment

fest, allerdings mit der Zielsetzung, diese zu reduzieren. Man hätte zudem nicht ausreichend finanzielle Mittel um die benötigte Anzahl an Gesundheitseinrichtungen zu errichten, daher gab es im Jahr 2017 in 37 Dörfern (also in 48% aller Dörfer des Districts) keine Dispensaries und in 8 Wards (also in 47% aller Wards im District) kein *Health Center* (Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government und Meru District Council 2017, 24).³⁵

Coda zu Teil 2

Um zu vermeiden eine singuläre Geschichte (Mkhwanazi 2016) der tansanischen Heillandschaft zu erzählen, fokussiert sich dieser Teil der Arbeit insbesondere auf die Legitimität von Wissen, Objekten und Subjekten (Langwick 2011; Nichols-Belo 2018). Vor dem Kolonialismus konnte in Bezug auf die Wirksamkeit von Praktiken und Objekten sowie die Macht zu Heilen zwei Aspekte ausgearbeitet werden. Einerseits die Verbindung zur Macht zu herrschen und das gesellschaftliche Gefüge zu beeinflussen (Langwick 2021; Feierman 1985; Feierman 1970), andererseits die Assoziation mit der Ferne und der zurückgelegten Distanz (Langwick, Dilger und Kane 2012; Rekdal 1999). Die beleuchteten Ereignisse des Kolonialismus verdeutlichen eine Neudefinierung von Heilung sowie eine Diskreditierung und Verboten von Aspekten der indigenen Medizin durch die Kolonialmächte. Statt zwischen *uganga* (Praktiken, die heilende Absichten verfolgen) und *uchawi* (Praktiken, die schädliche Absichten verfolgen) zu differenzieren, unterschied man auf institutioneller Ebene zwischen „irrationaler“, „wirkungsloser“ Hexerei (z.B. Wahrsagerei, spirituelle Praktiken) und „wirkungsvoller“, „wissenschaftlicher“ „traditioneller Medizin“ (Pflanzen, Mineralien und tierische Produkte) (Langwick et al. 2015; Langwick 2021). Praktiken, Objekte, Expert*innen und deren Formen der Wissensproduktion, die der „traditionellen Medizin“ zugerechnet wurden, erhielten bereits während des Kolonialismus beschränkte Anerkennung und sind insbesondere im postkolonialen Staat mit Bestrebungen zur Professionalisierung und Institutionalisierung konfrontiert. Es wurden nicht nur die Kategorisierung sondern auch Gesetze und Institutionen aus der Zeit des Kolonialismus fortgeführt (Langwick 2008). Die Legitimität des Staates knüpfte man dabei an die Bereitstellung eines medizinischen Gesundheitssystems

³⁵ Es mangelt an ausführlichen und aktuellen Statistiken und Studien zur Gesundheitsinfrastruktur in der Arusha Region.

(Langwick et al. 2015). Ich argumentiere, dass insbesondere in Folge der Strukturanpassungsprogramme und der damit einhergehenden Liberalisierung und Abhängigkeit von externen Geldgeber*innen, der Staat die Heilpflanzen, Wissen und Expert*innen zunehmend als Ressource erachtete um den Budgetkürzungen im Gesundheitsbereich entgegenzuwirken.

Indem ich die Geschichte und Heillandschaft am Fuße des Mount Meru thematisiere, stelle ich die Partikularität (Abu-Lughod 2008) in den Vordergrund. Dabei sind die Enteignungen im Kolonialismus aber auch die Etablierung des Arusha Nationalparks ein charakterisierendes Ereignis. Ich rücke meine Aufmerksamkeit auf die ethnischen Gruppen Meru und Maasai, da nicht nur ein erheblicher Anteil der Patient*innen und des Klinikpersonals sich diesen Ethnien zugehörig fühlen, sondern auch weil ihre Heilpflanzen und Heilwissen in der Klinik verwendet werden. Ich möchte hier allerdings ausdrücklich die Komplexität der Geschichte und Ethnizitäten hervorheben, die in der gelesenen Literatur allerdings überwiegend einseitig beleuchtet wurden. Unter der deutschen Kolonialisierung kam es zur Landknappheit, den Höhepunkt bildete der Meru-Land-Case unter der britischen Kolonialverwaltung, eine Zwangsvertreibung, die sowohl zum lokalen als auch nationalen politischen Bewusstseins beitrug (Puritt 1971; Neumann 1992; Mesaki 2013). Basierend auf gelesener Literatur zeigt sich, dass am Fuße des Mount Meru heute eine spärliche biomedizinische Versorgung anzutreffen ist (Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government und Meru District Council 2017; Bignante und Tecco 2013) und die Verwendung von indigener Medizin und das Aufsuchen von *waganga* nach wie vor eine zentrale Rolle einnehmen. Während Maasai nach wie vor über ein großes Wissen über indigene Medizin verfügen, hätten Meru aufgrund der Missionierungs- und Kolonialisierungserfahrungen einen Verlust über Heilwissen erfahren. Durch den Austausch mit den Maasai sei allerdings auch bei den Meru heute wieder der Fokus auf indigene Medizin gerückt wobei man überwiegend auf den Kauf am Markt vertraue um zu vermeiden „toxische“ Pflanzen zu sich zu nehmen (Bignante und Tecco 2013). Basierend auf der skizzenhaften Diskussion der heutigen und der historischen Dynamiken der Region und der Heillandschaft am Fuße des Mount Meru, wo die Klinik errichtet wurde, bauen die nachstehenden ethnographischen Kapitel auf. Der Blick auf legitimierte Subjekte, Objekte und Wissen begleitet auch die empirische Forschung.

Teil 3

‘HEALING IS LIFE’: ERGEBNISSE DER ETHNOGRAPHISCHEN FELDFORSCHUNG

Die Eröffnungsfeier der Klinik war schon einige Stunden im Gange, als große Aufregung ausbrach. Der tansanische Vizeminister für Gesundheit, Godwin Mollel, war endlich eingetroffen. Mit Gesang und Tanz begleiteten die Bewohner*innen der Region ihn und seine Kollegschaft feierlich zum Hauptzelt am Rasen vor der Klinik. Am geschmückten Ehrentisch in der ersten Reihe nahmen die Politiker*innen Platz, neben ihnen die beiden Gründerinnen Helene und Karolina. Wenige Reihen hinter ihnen saßen bereits das Ehepaar Jacqueline und Marco, die man bereits zuvor stellvertretend für die Schweizer Stiftung als Sponsor*innen der Klinikgebäude empfing. Es war eine große Feier, die die NRO an diesem Tag ausrichtete. Drei große Zelte standen auf dem Rasen, in der Mitte eine Bühne, umrandet von kleinen Moringa-Setzlingen, die die Klinik zu einem späteren Zeitpunkt an die Bewohner verteilte. Gesangs- Tanz-, und Theatereinlagen, gefolgt von langen Reden, Menschen aus den anliegenden Dörfern versammelten sich, Touristen aus den Lodges³⁶ waren auf Besuch und auch alle Projekte der NRO und die tansanische Presse waren stark vertreten. Erneute Aufregung brach aus, es war so weit die Klinik wurde eröffnet. Karolina hielt mir ihr Mobiltelefon hin. Überrascht griff ich danach, ich sollte den Höhepunkt der Veranstaltung mit der Kamera festhalten. Mollel, Karolina und Marco schritten umgeben von Presse, Politiker*innen und dem Klinikteam zur Brücke, die zu den Gebäuden der Klinik führte. Ein schmaler Bogen aus weißen Tüchern verdeutlichte den Beginn der Brücke, zwischen dem Bogen war ein rotes Band gespannt. Mollel, Karolina und Marco standen davor und hielten eine Schere in der Hand, hinter ihnen das Klinikteam in weißen Uniformen. „One, two, three!“, ertönte es aus der Menge. Ich drückte den Auslöser auf der Handykamera. Das Band war durchschnitten. Alle drei schritten durch den weißen Bogen, gefolgt von Presse, Politiker*innen und dem Klinikteam. Karolina und das Team führten Mollel und seine Kolleg*innen mit großem Presseaufgebot durch die Räumlichkeiten. Währenddessen ging draußen die Feier weiter. Erneut versammelten sich dieselben Personen, dieses Mal vor einem Gebäude der Klinik. Zwei Schilder waren an der Wand befestigt, noch

³⁶ Im Eigentum des ausgegliederten Tourismusunternehmens der NRO. Die Einnahmen des gewinnorientierten Tourismusunternehmens, kommen den Projekten der NRO zugute.

waren sie bedeckt von Kitenge-Stoff. Wenige Augenblicke später wurden sie feierlich enthüllt. Die Aufschrift wurde sichtbar „These Buildings are sponsored by the Foundation“ und “This integrative natural healing medical center of the NRO has been inaugurated by Hon. Dr. Godwin Mollel, Deputy Minister of Health.“³⁷ Zurück bei den Zelten, folgen weitere Reden, Dankesworte, Vergabe von Geschenken und ein großes Festessen.

Es ist kein Zufall, dass die Eröffnung der Klinik so viel mediale und politische Aufmerksamkeit bekam, denn es ist die erste sogenannte duale traditionelle und moderne Gesundheitseinrichtung Tansanias, in der sowohl biomedizinische als auch nicht-biomedizinische Praktiken anzutreffen sind. Die Regierung formulierte in ihrem Strategieplan 2021 in Bezug auf die Organisation des tansanischen Gesundheitswesens als eine ihrer Prioritäten folgende Zielsetzung: „Improved integration of evidence-based traditional and alternative medicine in health services for the people“ (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41). Während die Interaktion unterschiedlicher Heilpraktiken auch bei anderen Medizinexpert*innen und Einrichtungen in Tansania anzutreffen ist (Langwick 2008, 428–429; 436-437), ist die Klinik die erste Einrichtung mit institutionellen Vorgaben, wie die Beziehung auszusehen hat. Als Pilotprojekt ist die Klinik somit für den Staat ein wichtiger Schritt für das Erreichen des strategischen Zieles. Der Schwerpunkt der Klinik liegt auf Präventivmedizin, Naturheilkunde und Physiotherapie. Die präventivmedizinische Abteilung und die naturheilkundliche Abteilung (inkludiert Physiotherapie) sind nicht nur räumlich getrennt, sondern aufgrund von staatlichen Vorgaben auch getrennt voneinander registriert. All das erinnert schnell an das Verständnis von Medizinpluralismus in dem die Rede von der Ko-Existenz und Verfügbarkeit unterschiedlicher medizinischer Ansätze, Behandlungen und Expert*innen ist. Patient*innen würden demnach auf das diverse Angebot zurückgreifen ohne, dass sich die einzelnen Therapieformen zwingend widersprechen und ausschließen. Sie hätten alle für sich ihre Berechtigung und Gültigkeit in der Klinik, in diesem ausgewählten Kontext (Khalikova 2023; Olsen und Sargent 2017a; Baer 2022).

³⁷ Im Original steht es auf Kiswahili wie folgt: “Kituo hiki cha tiba jumuishi cha NRO kimefunguliwa na Mh. Dkt. Godwin Mollel. Naibu waziri wa afya.“

Doch dann hörte ich die Stimmen von Joyce, Stella und Samson: „Healing is life“. Es war die Antwort der drei *Remedy Maker* auf meine Frage, was für sie Heilung bedeutet. Die Worte hallten nicht nur im *Remedy Department*, sie hallten auch in meinen Gedanken. Hinter den Worten, die im ersten Moment wie ein schöner Slogan klingen, stecken die tägliche Prekarität und Realität. Für Joyce, Stella und Samson stand fest, ohne Heilung ist (Über-)Leben, ein gutes, sicheres Leben nicht möglich. Krankheit erschwert die Ausübung eines Jobs und sie verhindert Erfolg. Gesundheit sei daher essenziell. Das ist nur ein Beispiel von vielen, das die Verbindung von Heilung und Leben im Alltag der Klinik täglich deutlich macht. Im Laufe der Arbeit diskutiere ich diese Verbindung in ihrer Tiefe und weise die multiplen Erfahrungen, die im Zentrum der Heilung und der Klinik stehen auf. Ich beschreibe wie Machtdynamiken die multiplen Verflechtungen mitgestalten und sich Multiplizität durch historische, politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Dimensionen erschließt. Ich blicke dabei sowohl auf die institutionellen Vorgaben der Klinik und der Regierung als auch auf die Ausverhandlung im Praxisalltag, indem ich exemplarisch Momente nenne, die dieses Spannungsfeld aufweisen. Dadurch soll unter anderem auch der institutionell artikulierte Pluralismus und die ihm gegenüberstehende pragmatische Beziehung in der Praxis hervorgehoben werden (Langwick 2008, 428–29).

5. Institutionelles Gefüge

Zwei Monate nach der Klinikeröffnung saß ich vor meinem Computer. Ein erneuter Blick auf mein Bildermaterial der Eröffnung enthüllte für mich wichtige Momente, die mir beinahe entgangen wären. Beim Einzug von Mollel auf das Klinikgelände standen er und seine Kolleg*innen in Mitten der Bewohner*innen aus der Gegend, rechts von ihnen der *Herbalist* der NRO Lemati, links die Hebamme Sara aus einem angrenzenden Dorf. Es war jene *mkunga* („traditionelle“ Hebamme), die noch am selben Tag dem Vizeminister, den Sponsor*innen und den Projektleiterinnen feierlich Maasai-Schmuck überreichte. Es sind Bilder, die Momente der Freude und Dankbarkeit, aber auch Ambivalenzen einfangen. Was bedeutete die Feier und die Eröffnung der Klinik, für *uganga* („traditionelle“ Heilung), *waganga* (Heiler*innen) und *mkunga* in Tansania? Welche Absicht verfolgt die Regierung und die Klinik? Welche Machtdynamiken sind anzutreffen?

Um zu verdeutlichen, wo sich Institutionalisierung zeigt und welchen Einfluss Institutionen auf Heilung und die Beziehung zwischen biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Heilpraktiken haben, behandelt dieses Kapitel den Staat, die Klinik und die NRO. Ich blicke dabei auf die Strukturen, Zielsetzungen und die vorhandenen Interdependenzen der Akteur*innen sowie die institutionellen Vorgaben der Klinik und der Regierung. Im Kontext der Institutionalisierung neuer Epistemologien („ways of knowing“) und Ontologien („subjects and objects of knowledge“) durch den kolonialen und postkolonialen Staat (Langwick 2021, 286), zeige ich auf, was und wen institutionelle Vorgaben in diesem Raum legitimieren. Dieses Kapitel legt damit den Grundstein für die Kapitel 6. und 7., in denen sich die pragmatischen Beziehungen entfalten.

Vorwegnehmen möchte ich allerdings eine Diskussion der verwendeten Begrifflichkeiten seitens der Klinik und des Staates. Im staatlichen Strategieplan (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021) wird neben der Bezeichnung Alternativmedizin auch die epistemische und bürokratische Bedeutung der Kategorien traditionelle und moderne Medizin deutlich (Langwick 2008, 437). Denn die staatliche Absicht ist die „integration of evidence-based traditional and alternative medicine“ in Gesundheitsleistungen sowie die Förderung der „relationship [of traditional medicine, Anm. von J.A.] with modern medicine“ (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41). Auch die Klinik spiegelt das Narrativ der Integration in von ihr veröffentlichten Statements und Dokumenten. Sie kommuniziert nach außen hin die Bezeichnungen Schulmedizin, Naturheilkunde, moderne Medizin, traditionelle Medizin und Alternativmedizin. Zudem ist die Rede von einem integrativen medizinischen Zugang³⁸ der darauf abzielt Schulmedizin und Naturheilkunde zu integrieren. Sowohl der Staat als auch die Klinik betonen damit die Absicht der Integration. Es ist daher naheliegend, dass beide von getrennten Medizinsystemen ausgehen. Was wir hier antreffen, ist daher, um es mit dem Worten von Langwick zu sagen, institutionell artikulierte Formen der Integration und des Pluralismus (Langwick 2008). Auch wenn nach außen hin dieses Narrativ der „Integration“ und der „getrennten Medizinsysteme“ leicht in der Klinik zu identifizieren

³⁸ Laut Baer hätte die Biomedizin mittlerweile Nichtbiomedizin in der sogenannten integrativen Medizin eingegliedert. Dennoch, die staatliche Legimitation im Westen liegt weiterhin beinahe ausschließlich auf der Biomedizin (Baer 2022, 354–55; Broom, Doron und Tovey 2009, 698). Integrative Medizin ist daher ein Begriff, der in der Biomedizin Aufmerksamkeit erhält.

scheint, so gestaltet sich dies in der Praxis jedoch als weitaus komplexer. Es stellt sich die Frage, was wer unter Naturheilkunde, Alternativmedizin und traditionelle Medizin versteht und welche anderen Begrifflichkeiten im Alltag Anwendung finden. Seitens der Klinik und der NRO gibt es keine verschriftlichte Differenzierung der Begrifflichkeiten. Wie sich später noch zeigt, konstruiert sich das Verständnis der Begriffe überwiegend im Feld. So nimmt beispielsweise der Begriff traditionelle Medizin insbesondere erst durch die staatliche Registrierung der Praktizierenden als „traditionelle Heiler*innen“ oder einzelner Heilmittel als „traditionelle Medizin“ Raum im Feld ein. In der Alltagssprache sind Begriffe wie *natural healing*, *medicine*, *dawa* oder *dawa za asili* vorrangig. In Bezug auf die Klinik ist auch zu berücksichtigen, dass obwohl scheinbar institutionell konkrete Formen des Wissens, von Subjekten und Objekten legitimiert sind, deren tatsächliche Legitimierung erst im Alltag ausverhandelt wird. Davon abgesehen ist der Unterschied zwischen institutionell und persönlich kommunizierten Vorstellungen in der Klinik meist kaum voneinander zu trennen, da die Projektleiterin der Klinik zugleich als NRO-Präsidentin als auch Ärztin fungiert. Als institutionell sehe ich daher jene Vorgaben und Absichten die auf öffentlichen Statements und verschriftlichten Leitlinien anzutreffen sind.

5.1 Organisieren, Registrieren und Regulieren

Seit Wochen gingen Patient*innen und das Klinikteam bereits in der Klinik ein und aus. Hier ereigneten sich täglich Handlungen der Heilung und der Interaktion. Wachpersonal, das Patient*innen beim Einfahrtstor empfang, Krankenpfleger*innen, die Wunden versorgten, ein Pharmazeut, der Medikamente überreichte und *Remedy Maker*, die ein offenes Ohr für die Sorgen der Patient*innen hatten. Doch die Einweihung, die offizielle Eröffnung und damit Anerkennung dessen, was in und zwischen den Gebäuden passiert, findet symbolisch erst durch jenen Moment statt, in dem der Vizeminister für Gesundheit gemeinsam mit Sponsor*innen und der NRO das rote Band durchschneidet. Doch was bedeutet dieses symbolische Bild in der Praxis? Was bedeutet diese offizielle Eröffnung durch den Staat? Welche Rolle kommt ihm zu und welche der NRO und den Sponsor*innen? Es wird deutlich, dass Sponsor*innen als Geldgeber*innen fungieren, wodurch sie durchaus die Schwerpunktsetzungen und Gestaltung der Klinik beeinflussen können, indem sie die Spende an Vorgaben knüpfen. Sie rücken in meiner Forschung allerdings überwiegend in den Hintergrund. Dieses Kapitel zeigt vor allem, dass der Staat die Personen und Praktiken innerhalb

der Klinik reguliert und festlegt, wie die Beziehung auszusehen hat. Ich verstehe die Klinik allerdings nicht als Ort der ausschließlichen „biomedical regulation“ (Street und Coleman 2012), sondern wie Street und Coleman als einen Ort der sowohl soziale Kontrolle als auch durch seine Durchlässigkeit abweichende Ordnungen aufweist (Street und Coleman 2012; Street 2014).

Folglich fokussiere ich mich dennoch auf die soziale Kontrolle und die dadurch entstehende Machtdynamik. Das passiert unter anderem durch Qualitätsvorschriften, getrennte Registrierung der beiden Gesundheitszentren, Zertifizierung der Praktiker*innen und der Arzneimittel, Rechenschaftspflichten und Vorschriften zur Infrastruktur. Ich argumentiere, dass insbesondere die Registrierung einen Prozess der Standardisierung, Professionalisierung und Hygienisierung von Nichtbiomedizin in Gang setzt, einen Prozess den Langwick (2008) und Nichols-Belo (2018) in der tansanischen Heillandschaft identifizieren. Sogleich die NRO dem Staat gegenüber rechenschaftspflichtig ist und Vorschriften zu folgen hat, da sie rechtlich in das tansanische Gesundheitssystem eingebunden ist, ist auch sie als Institution in den Prozess der Institutionalisierung involviert. Die Klinik ist eingegliedert in die NRO, diese ist Eigentümerin und Verwaltungsorgan und gibt dadurch Vorschriften an Klinik und Team vor. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass wie Langwick betont, diese Formen der Institutionen (Staat, Kliniken, NROs) während des Kolonialismus Etablierung erfuhren. Ein wichtiger Grund dafür, die institutionell etablierte Vorstellung und Legitimierung von Expertise, Wissen, (Im)materialität, Subjekten, Objekten (Langwick 2021, 286–87, 2011, 232) als auch Vorstellung von Heilung zu hinterfragen.

Die NRO als Eigentümerin der Klinik und Teil der humanitären Gemeinschaft bildet neben dem Staat einen zentralen Akteur im Feld und benötigt daher eine Kontextualisierung. Ende der 2000er Jahre kam die österreichische Ärztin Helene als Touristin nach Tansania. Nachdem sie die Bitte aus dem Dorf erhielt, eine *Dispensary* aufzubauen, gründete sie kurze Zeit später die NRO und eröffnete auf öffentlichen Grund eine *Dispensary*. Auch ihre Tochter Karoline, ebenfalls eine österreichische Allgemeinmedizinerin, verlegte ihren Wohnsitz nach Tansania. Heute ist Helene Präsidentin des österreichischen Vereins und Karolina die Präsidentin der NRO in Tansania. Der Fokus der NRO liegt auf Umweltprojekten, Sozialprojekten, Bildungsprojekten und Gesundheitsprojekten [siehe Anhang Grafik 1]. Die NRO ist in Tansania als IRNO (Internationale Nichtregierungsorganisation) registriert und in

Österreich, in Deutschland, der Schweiz und den USA als Verein. Neben Helene und Karolina sind rund 300 tansanische Mitarbeiter*innen in der NRO in Tansania tätig.

Die *Dispensary* der NRO stieg wenige Jahre nach Eröffnung zu einem biomedizinischen Gesundheitszentrum auf. Zudem registrierte die NRO ein privates naturheilkundliches Zentrum. Das biomedizinische Gesundheitszentrum verfügte sowohl über staatliches medizinisches Personal, welches vom Staat finanziert wurde, als auch über von der NRO bezahltes Personal. Mit der Zeit verfolgte die NRO die Absicht, das öffentlich biomedizinische Gesundheitszentrum zu einem gemeinnützigen Krankenhaus aufzubauen. Hierfür war ein neues Memorandum erforderlich, das unter anderem klären sollte, wer als Eigentümer des Krankenhauses eintritt. Dies wäre allerdings mit einer finanziellen Kontrolle des Staates - Spenden für das Krankenhaus über ein staatliches Konto zu führen - als auch einer administrativen einhergegangen. Da damit die Transparenz der Verwendung der Spendengelder laut der NRO nicht gewährleistet wäre, wurde das biomedizinische Gesundheitszentrum im Jahr 2020 an den Staat übergeben. Das naturheilkundliche Zentrum wurde weiterhin von der NRO geführt. Hier gab es Räumlichkeiten für Wundversorgung, Physiotherapie und Heilmittel. Mitte 2022 siedelte das Team in ein neues Gebäude um, errichtet auf privatem Grund, und wurde als Privatklinik der NRO registriert, mit Karolina als Projektleiterin. Während das alte Team der Klinik treu blieb, kam auch neues biomedizinisches Personal hinzu, unter anderem eine Zahnärztin, eine Gynäkologin, ein Allgemeinmediziner³⁹, eine Augenoptikerin, ein Radiologe, ein Pharmazeut, mehrere Krankenpfleger*innen, *Medical Attendants* und Labortechnolog*innen.

Damit unterscheidet sich die Klinik nicht nur von dem ehemaligen biomedizinischen Gesundheitszentrum, sondern auch von anderen Projekten der NRO, denn bisher führte die NRO einen Großteil der Projekte als öffentlich-private Kooperation. Beispielsweise handelt es sich bei einigen der NRO geführten Schulen um Regierungseinrichtungen. In der neuen privaten Klinik stellt ausschließlich die NRO die Gehälter bereit und sorgt für den laufenden Betrieb und die Instandhaltung. Aus diesem Grund gilt es auch einen Blick auf die Ausgaben und die Finanzmittelherkunft der NRO zu werfen. Im Zeitraum 2009-2022 kam es laut Angaben der NRO zu Ausgabe in Höhe von zirka 11 Mio. €, davon zirka 4 Mio. € für medizinische Projekte.

³⁹ Mittlerweile ist noch eine weitere Allgemeinmedizinerin und eine *Clinical Officer* in der Klinik tätig.

Die anderen Ausgaben sind auf Bildungs- und Sozialprojekte, Finanzierungsprojekte für lokale Einkommensquellen, Patenschaftsprojekte und Administration aufgeteilt. Finanzielle Mittel in den Jahren 2009-2022 erhielt die NRO aus den folgenden Quellen: Spenden der Gründer*innen zirka 1 Mio. €, Spendengelder und Sponsoring zirka 10 Mio. €, Förderungen aus der öffentlichen Hand zirka 0,5 Mio. €, lokale Einnahmen in Tansania und Zinserträge zirka 1 Mio. €.

Im Falle der Klinik stammen die Gelder für die Errichtung der Gebäude von einer Schweizer Stiftung deren Fokus auf Augengesundheit liegt. Die Stiftung übernimmt laufend immer wieder Kosten für von ihr ausgewählte Projekte innerhalb der Klinik (beispielsweise ein Transportauto, Kataraktoperationen). Der Großteil der Dienstleistungen wird kostenlos oder kostendeckend angeboten. Der laufende Betrieb und Instandhaltung der Klinik sind daher wesentlich abhängig von Sponsor*innen der NRO. Abgesehen von der Schweizer Stiftung, überweisen andere Sponsor*innen Einzelspenden für die Klinik. Die Klinik finanziert sich zudem durch ein ausgegliedertes Tourismusunternehmen, zusätzliche Einnahmequellen ergeben sich hier aus dem Verkauf von Tees und Honig sowie dem Angebot von Massagen an Touristen. Da die Klinik von der NRO verwaltet wird, werden diverse Leistungen, wie die Wartung von Computern oder der Bau von Gebäuden von NRO-Projekten, wie dem Computerzentrum oder der handwerklichen Berufsschule, übernommen. Es sei noch anzumerken, dass es in der Klinik ein Patient*innen-Verwaltungssystem gibt, über welches die Abrechnungen in Bezug auf Dienstleistungen der Klinik nachverfolgt werden⁴⁰ und sich eine Kassenführerin vor Ort um die Finanzen kümmert. Zusätzlich sind die Finanzmanagerin und Buchhalterin der NRO mit der Überprüfung der Finanzen betraut. Bevor ich die daraus entstehenden Machtdynamiken beleuchte, sei noch die Organisationsstruktur der Klinik skizziert.

Wie bereits erwähnt, ist die Klinik in zwei, rechtlich gesehen, getrennte Zentren unterteilt. Aus diesem Grund hat jedes Zentrum eine eigene medizinische Leitung. Im naturheilkundlichen Zentrum ist Karolina die Leiterin und die Krankenpflegerin und "traditionelle Heilerin"⁴¹ Happy fungiert als verantwortliche Krankenschwester; im

⁴⁰ Im digitalen Patienten*innen-Verwaltungssystem gibt es für jede Person zwei elektronische Patient*innenakten, eine für das präventivmedizinische und eine für das naturheilkundliche Zentrum. Auch der Zugriff auf Daten ist geregelt, das Klinikpersonal hat nur Zugriff auf die Daten des dazugehörigen Departments.

⁴¹ In der Klinik sind ausschließlich vom Staat anerkannte „traditionelle Heiler*innen“ tätig. Sie haben ein Zertifikat das sie als „traditionelle Heiler*innen“ bezeichnet. Aus diesem Grund verwende ich im Folgenden diese Bezeichnung.

präventivmedizinischen Zentrum ist der Allgemeinmediziner Bakari der Leiter. In jedem Department, in dem mehrere Personen tätig sind, gibt es eine hauptverantwortliche Person. Neben dem präventivmedizinischen und dem naturheilkundlichen Zentrum, gibt es noch die Abteilung „Support“ welche neben der Administration und Sozialarbeit auch das Restaurant, den Sicherheitsdienst und die Reinigung inkludiert. Während man den Permakulturgärtner als Angestellten dem naturheilkundlichen Zentrum zuordnet, ist der Permakulturgarten der Klinik organisatorisch dem Umweltbereich der NRO zugeordnet [siehe Anhang Grafik 1 und 2]. Karolina und Helene sind als einzige Akteur*innen sowohl im Naturheilkundezentrum als auch im Präventivzentrum als Praktizierende registriert. Insgesamt sind um die 40 Personen in der Klinik tätig. Mit der Verwaltung der Einrichtung sind darüber hinaus die Projektleiterin Karoline und das Administrationsteam der NRO betraut.

Die Auseinandersetzung mit Finanzierungsmittel und der Organisationsstruktur eröffnet einen Blick auf Machtdynamiken, insbesondere hinsichtlich der Frage, wer entscheidet über was. In Bezug auf Sponsor*innen, zeigt das Beispiel der Schweizer Stiftung, dass durch die Bereitstellung finanzieller Mittel auch Mitentscheidungen getroffen werden (z.B. die Förderung insbesondere des Augendepartments). Bei der NRO und der Projektleiterin zeigt sich die Machtdynamik durch ihre Position als Arbeitsgeberin des restlichen Klinikteams, damit ist eine finanzielle Abhängigkeit des Teams gegeben. Machtdynamiken und die Entscheidungsmacht sind nicht nur durch das Budget, sondern auch institutionell durch die Organisationsstruktur der Klinik beeinflusst. Beispielsweise liegt ein erheblicher Anteil der Entscheidungsmacht bei der Projektleiterin. Das betrifft nicht nur die Auswahl der Angestellten, sondern auch Leitlinien bezüglich der Absichten der Klinik, zur Interaktion zwischen Patient*innen und Klinikteam, zur Wissensaneignung und -weitergabe. Zudem wird beispielsweise durch Reden, Vorträge und Dokumente ein konkretes Verständnis von Heilung und Behandlungsgrundsätzen an das Team kommuniziert. Es ist die Rede von Integration der Natur in den Heilungsprozess durch Fokus auf gesunde Böden, Anbau von Pflanzen, pestizidfreie Nahrung und Heilpflanzen. Außerdem beabsichtigt man die Stärkung von Selbstheilungskräfte sowie holistischer und leistbarer Heilung. Die Projektleiterin ist außerdem dazu berechtigt, Entscheidungsmacht an andere Personen zu übertragen. Zum Beispiel ist der Leiter des Präventivzentrums, Bakari, ein biomedizinischer Arzt, er ist allerdings – insbesondere bei Abwesenheit von

Karolina – sowohl mit organisatorischen Angelegenheiten des Naturheilzentrums als auch des Präventivzentrums betraut. Auch die Koordination des wöchentlichen Fortbildungsseminars liegt mit Michael als Labortechniker, in der Biomedizin. Die Organisationsstruktur bringt darüber hinaus eine Aufteilung des Verantwortungsbereichs mit sich. Veranschaulicht wird dies durch die Aufteilungen zwischen Diagnostik und Behandlung. Als ich Kiano, den Radiologen der Klinik, begleitete, stellte er während eines Ultraschalls einer schwangeren Patientin fest, dass sie ihren Fötus verloren hatte. Er erstellte einen Report, druckte Ultraschallbilder aus und überreichte sie der Patientin, doch von dem Verlust erzählte er ihr nichts, er überwies sie stattdessen an ihren behandelnden Arzt. Die Übermittlung der Nachricht sei Aufgabe der Ärzt*innen, „they can support her“, er könne sie hingegen verängstigen. Während Kiano für die Diagnostik zuständig ist, liegen Patientengespräch und Einleitung weiterführender Maßnahmen bei den behandelnden Ärzt*innen.

Es zeigt sich, dass insbesondere durch den Prozess der Registrierung auch der biomedizinische Referenzrahmen definiert wird. Langwick identifiziert nämlich in Bezug auf Nichtbiomedizin die Registrierung als staatlichen Fokus der letzten Jahre. Man treffe hier auf ein Registrierungssystem, das sowohl die Kontrollmechanismen als auch die Aufteilung von praktizierenden Personen, Arzneimittel und Räumlichkeiten an die Biomedizin anlehnt (Langwick 2021, 294). Sie fügt hinzu, es sei “[...] not designed to reflect the multiplicity of relations and histories on the ground, but rather aimed to articulate a subject position (healers) from which the knowledge (therapeutic uses of particular plants) might be held (or owned)” (ebd., 294). Durch ihre Registrierung ergeben sich für die Klinik eine Reihe an weiteren Vorgaben. Die Klinik ist zwar unter der Führung der in Tansania registrierten NRO, für die gesetzliche Registrierung der Klinik war allerdings eine Bezirksbehörde in Arusha verantwortlich. Durch die Registrierung und die damit verbundenen Vorschriften, reguliert der Staat die Personen und die Praktiken innerhalb der Klinik. Folgende Verwaltungsvorschriften mussten unter anderem zur Registrierung der Klinik erfüllt werden: Erstens, das gesamte medizinische Personal muss ein staatlich geprüftes Zertifikat vorweisen, welches es dazu berechtigt, die spezifischen Dienstleistungen anzubieten. Zweitens, alle Personen, die ein naturheilkundliches Service anbieten, müssen eine Registrierung als „traditionelle*r Heiler*in“ vorweisen können. Hierzu benötigt es ein

offiziell, staatlich anerkanntes Zertifikat. Drittens musste eine getrennte Registrierung des präventivmedizinischen Zentrums und des naturheilkundlichen Zentrums erfolgen. Darüber hinaus gilt es staatliche Vorgaben zur Qualitätskontrolle einzuhalten. In Bezug auf Remedies gibt es konkrete Auflagen, die man für die Registrierung erfüllen muss, im Mai 2023 erfolgte für alle *Remedies*, die in der Klinik Anwendung finden, eine Registrierung. Innerhalb der Klinik findet Qualitätskontrolle durch Supervision und gegenseitiges Feedback durch Teamkolleg*innen, Projektleiterin, als auch Patient*innen statt. Zudem gilt es sich an staatliche Richtlinien (z.B. im Umgang mit bestimmten Krankheiten) zu halten. Deren Einhaltung unterliegt der Überprüfung, unter anderem durch Kontrollbesuche der Regierung, sowie durch die vorgeschriebene regelmäßige Abgabe von Reports an das *District Health Department*, welches dem Gesundheitsministerium untergeordnet ist. Man ist zudem dem Staat rechenschaftspflichtig, beispielsweise durch die Verpflichtung diverser Berichtsabgaben (wie etwa Dokumentieren von Krankheitsfällen). Für bestimmte Gesundheitsprogramme, wie etwa das *Outreach* Programm der Klinik, gibt es institutionelle Vorgaben, zum Beispiel ist dieses in Zusammenarbeit mit lokalen Behörden zu organisieren. Staatliche Vorgaben sind nicht nur in Bezug auf die Dienstleistungen an sich, sondern auch auf die Räumlichkeiten und die Infrastruktur anzutreffen. So gibt es Vorgaben, welche Räume und Geräte vorhanden sein müssen, damit ein Department praktizieren darf.

Die Registrierung scheint zwar maßgeblich daran beteiligt zu sein, dass nichtbiomedizinische Praktiken, Expert*innen (Heiler*innen) und Objekte (*Remedies*) standardisiert, professionalisiert und hygienisiert und bürokratisiert werden (Langwick 2008; Nichols-Belo 2018), allerdings treffen diese Prozesse auch für die Biomedizin und die Beziehung zwischen Biomedizin und Nichtbiomedizin zu. Dieses Kapitel liefert eine Grundlage für die Auseinandersetzung von Wissen, Subjekten und Objekten in dem institutionalisierten Setting der Registrierung und Regulierung.

5.2 Institutionalisierte Wege des Wissens

Dieser Abschnitt diskutiert die im Feld anzutreffenden institutionalisierten Wege des Wissens (Langwick 2021, 286) und hinterfragt dabei die darin legitimierten Formen der Expertise und des Wissens. Insbesondere durch die artikulierten Absichten von Staat und Klinik sind diese ersichtlich. Dabei thematisiere ich “what counts as knowing and knowledge?” (ebd., 291) und “[...] what constitutes knowledge, the production of

knowledge, and the legitimacy of 'traditional' ways of knowing" (Nichols-Belo 2018, 722). Die folgende Ausführung veranschaulicht, dass sich sowohl die institutionell legitimierte Formen des Wissens als auch die Produktion von Wissen an den biomedizinischen Referenzrahmen orientieren.

Wie bereits erwähnt, ist die staatliche Absicht die „integration of evidence-based traditional and alternative medicine“ in den Gesundheitsbereich (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41). Durch Studien und Forschung beabsichtigt der Staat, die Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität von jenen Praktiken, die von ihm unter TM zusammengefasst sind, zu gewährleisten. Forschung soll durch öffentliche Forschungs- und Hochschuleinrichtungen und das *National Institute for Medical Research* stattfinden (ebd., 41). All das unter Einhaltung von „international standards of quality and safety“ sowie Standards der „effectiveness of herbal remedies and alternative therapies“ (ebd., 41). Wir begegnen hier einem Narrativ, das stark an „standardize and sanitize knowledge“ (Nichols-Belo 2018, 723) erinnert und indem die Rede von wissenschaftlicher, biomedizinischer und klinischer Evidenz ist. Dem Strategieplan nach scheint die Regierung zwischen „efficacy“ und „effectiveness“ zu unterscheiden. Das lässt vermuten, dass sowohl messbare Effekte durch randomisierte kontrollierte Studien als auch beobachtbare und empfundene Effekte in pragmatischen oder beobachtenden Studien (Craig 2012, 7–8) Anerkennung für die Erforschung von Nichtbiomedizin erhalten. Zugleich macht uns diese Zielsetzung auch den biomedizinischen, wissenschaftlichen Referenzrahmen sichtbar, mit dessen Hilfe man Nichtbiomedizin misst, beobachtet und bewertet. Es sind Wissen und Wissenswege (Langwick 2021, 286), die diesem Referenzrahmen entsprechen, die durch den postkolonialen Staat Legitimierung in der Planung von dualen Gesundheitseinrichtungen erfahren.

Die Produktion des Wissens folgt diesem biomedizinischen Referenzrahmen anhand dessen der Staat durch Forschung beabsichtigt „TM“ zu beurteilen und zu bewerten. Das kreiert unweigerlich eine Unverhältnismäßigkeit (Langwick 2008, 428), indem die Biomedizin als „die Realität“ verstanden wird, durch die andere Heilpraktiken zu beurteilen sind. Die Produktion des Wissens soll demnach überwiegend in Institutionen, also einem institutionalisierten Rahmen, stattfinden. Der staatliche Strategieplan bezieht sich zudem auf den tansanischen Entwicklungsplan 2021, der die Forschung und den Zugang des Wissens durch „traditionelle Heiler*innen“ betont

„[...] research on traditional medicine to generate enough evidence from traditional health practitioners about their indigenous ways of managing diseases“ (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 4). Nicht nur an „traditionelle Heiler*innen“, sondern auch an die Klinik ist man herangetreten. Der Staat wünsche sich laut der Projektleiterin Zugang zu Wissen. Grund hierfür sei, man hätte keine Ausbildung im Bereich der „traditionellen“ und „alternativen“ Medizin in Tansania, auf die man zurückgreifen könne. Die Regierung erhoffe sich in Zukunft unter anderem durch die Klinik eine solche Ausbildung zu ermöglichen, es handelt sich allerdings nur um Gespräche und keine Vereinbarungen. Expertise wird demnach daher neben „der Wissenschaft“, die überprüft, auch der Klinik und den „traditionellen Heiler*innen“ zugesprochen, allerdings betrachtet der Staat die Heiler*innen als Ressource. Dass der Staat „TM“ als Ressource der Biomedizin erachtet, zeigte sich sowohl im kolonialen als auch postkolonialen Staat (Langwick 2008, 2021; Nichols-Belo 2018).

Eine Zielsetzung der Klinik die vor Ort sehr präsent ist, ist die Kenntnis- und Wissensvermittlung an die Gesellschaft (z.B. durch tägliche Morgenvorträge an die Patient:innen und monatliche Auftritte im lokalen Radio) sowie an das eigene Medizinpersonal (z.B. wöchentliches Seminar).

Auch die in der Klinik kommunizierten „ways of knowing“ (Langwick 2021, 286) betreffen unter anderem biomedizinisches Wissen, welches auf klinischer Evidenz und *efficacy* basiert. Dies betrifft insbesondere biomedizinische Praktiken und jene Departments in der Klinik, die der Biomedizin zugerechnet werden. In Bezug auf Nichtbiomedizin greift man allerdings auf jahrelange Erfahrung durch das eigene Praktizieren, den Austausch mit anderen Mediziner*innen und Heiler*innen, zurück. Die Klinik erhielt dadurch ihr Wissen in Bezug auf *dawa za asili* (Arzneimittel basierend auf Naturstoffe) unter anderem durch den Austausch mit *waganga* aus Tansania und anderen Regionen der Welt. Aus Sicht der Biomedizin könne daher von „effectiveness“, also beobachtbaren und empfundenen Effekten (Craig 2012, 7–8) gesprochen werden. Man sammelt Kenntnisse aus dem realen Leben. Allerdings beruht das Wissen auch auf Vorträgen, Fortbildungen und Lesen von Literatur, daher auch auf professionalisiertem Wissen. Davon abgesehen unterlaufen die Remedies durch die Registrierung zudem einer staatlichen, wissenschaftlichen Überprüfung, die

sich ebenfalls an einem biomedizinischen Referenzrahmen orientiert.⁴² Auch ist die Klinik im Einklang mit dem staatlichen Narrativ der Professionalisierung von Heilwissen, sodass entsprechend der gesetzlichen Anforderungen auch eine Einbindung ihres holistischen Ansatzes in das nationale Gesundheitssystem möglich ist.

Legitimierte Wege des Wissens und der Produktion von Wissen sind für Nichtbiomedizin damit durch staatliche Gesetze und im Fall der Klinik durch zusätzliche interne Vorgaben geregelt. Der biomedizinische Referenzrahmen dient dabei zur Überprüfung und hat damit Vorrang vor „traditionellem“ Wissen. Der „traditionelle“ Weg zum Erwerb (Nichols-Belo 2018) von legitimiertem nichtbiomedizinischem Wissen ist weiters durch die Einschränkungen aus dem staatlichen Registrierungs- und Zulassungsprocedere beschränkt, in der Klinik zusätzlich durch die internen Vorgaben. Insgesamt sei jedoch anzumerken, dass die Begriffe Forschung, Studie, Wirksamkeit und Evidenz in dem von mir beobachteten institutionalisierten Rahmen nicht vollständig ausformuliert sind und es daher für außenstehende Personen schwer nachvollziehbar ist, wie die Akteur*innen diese verstehen.

5.3 Institutionalisierte Subjekte und Objekte

Wie breit diskutiert, kam es während des Kolonialismus zur Institutionalisierung von neuen ontologischen Verpflichtungen, die ausschließlich bestimmte Subjekte und Objekte des Wissens zuließen. Auch in der postkolonialen Heillandschaft sind diese ontologischen Verpflichtungen nach wie vor anzutreffen (Langwick 2021, 286–87). Fraglich ist dabei „What are plants? Who can know them?“ (ebd., 291) und wen konstruiert der Staat und die Klinik als wissende Akteur*innen (Marsland 2007, 764). Dem widme ich mich folglich und schlussfolgere, dass ein biomedizinischer Referenzrahmen anzutreffen ist, der theoretisch beeinflusst, was und wer (z.B. welche Subjekte und Objekte) in einer Gesundheitseinrichtung sichtbar und unsichtbar gemacht wird (Street 2014, 12–19). Wie sich das im Alltag der Klinik gestaltet, thematisiere ich in den nachfolgenden Kapiteln.

Zunächst thematisiere ich die legitimierten Subjekte im institutionellen Setting. Wie schon mehrmals betont, findet sich im Staat seit dem Kolonialismus eine

⁴² Welche Kriterien es hierfür gilt zu erfüllen, bleibt in dieser Arbeit ungewiss.

Unterscheidung zwischen „traditionellen Heiler*innen“ und „*witchdoctors*“. Jene Heiler*innen, *Herbalisten* als auch Geburtshelfer*innen, die dabei ihr Wissen auf staatlich legitimierte Wege erlangten, also über Versuch und Irrtum (Langwick 2021), erachtete man damals als „custodians of knowledge“ (ebd., 291). Durch die anhaltende Gültigkeit des *Witchcraft Ordinance* (Nichols-Belo 2018, 723, 727) ist dies auch heute zutreffend. Die Tätigkeit von Heiler*innen wurde im postkolonialen Staat zunehmend einer Institutionalisierung unterworfen, insbesondere durch ihre Registrierung, die Registrierung ihrer Heilmittel und den Räumen in denen sie praktizierten (Langwick 2021). In der Klinik sind staatlich nur jene Heiler*innen legitimiert, die eine staatliche Registrierung aufweisen können. Oftmals haben sie zusätzlich auch noch eine biomedizinische Ausbildung. Also Heiler*innen so wie der Staat sie sich erwünscht, „in weißen Uniformen“ (Nichols-Belo 2018). Abgesehen von ihnen sind nur jene Personen legitimiert zu praktizieren, die eine biomedizinische Ausbildung haben. Es sind aber in der Klinik auch andere Akteur*innen anzutreffen, wie etwa Köch*innen, das Administrationsteam, die Sozialarbeiterin, der Gärtner, das Wachpersonal und die Reinigungskraft. Während auch das Administrationsteam und die Sozialarbeiter*innen ein staatlich anerkanntes Zertifikat aufweisen, trifft dies auf die anderen erwähnten Personen nicht zu. Köch*innen, Gärtner, Wachpersonal und Reinigungskraft sind die einzigen des Teams, die nicht bei den wöchentlichen medizinischen Seminaren teilnehmen. Es scheint, dass diese Personen institutionell nicht als „relevante wissende Akteur*innen“ für die Klinik konstruiert werden. Wie sich allerdings später noch herausstellt, sind aber auch sie Teil des Heilungsprozesses. Auch wenn nur staatlich zertifizierte Heiler*innen mit biomedizinischer Ausbildung oder Ausbildung durch die NRO in der Klinik arbeiten, so stellt sich doch heraus, dass auch *waganga* die außerhalb der Klinik tätig sind als wissende Akteur*innen verstanden werden. Wie bereits im Kapitel 5.2. ausgeführt, erfolgt ein stetiger Wissensaustausch mit den *waganga*.

Ein erneuter Blick auf die Absichten des Staates offenbart auch die legitimierten Objekte. Der Staat zielt auf die Identifizierung und Erfassung von Praktiken und Objekten, die für natürliche Heilmittel und alternative Therapien gebraucht werden ab, er spricht von „traditional medicine practice, traditional medicine prescriptions, and other natural resources“ (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021, 41). Zudem geht es dem Staat um den Erhalt von natürlichen

Ressourcen (z.B. Heilpflanzen) und er erhofft sich eine Expansion der pharmazeutischen Industrie (ebd., 41). All das erinnert an die staatlichen Bestrebungen, pflanzlich basierende traditionelle Medizin als nationale Ressource zu nutzen und Heilung (*uganga*) zu transformieren, wie Nichols-Belo es formuliert. Heilung, in der natürliche und pflanzliche Medizin (*dawa za asili*) ohne jegliches magische Element anzutreffen ist (Nichols-Belo 2018, 722–23).

In der Klinik sind, wie bereits erwähnt, Heilmittel die sowohl auf tansanische als auch internationale Heilpflanzen aufbauen, ein zentraler Bestandteil des Dienstleistungsangebotes. Darüber hinaus finden Honig und mineralische Substanzen Anwendung. Sowohl seitens des Staates, als auch der Klinik liegt die Betonung auf der Verwendung von Naturheilmittel (*remedies*) - also Medizin, die auf Naturstoffen basiert und frei von magischen Elementen ist (ebd.). Sie sind daher „objects of knowledge“ (Langwick 2021, 286), die laut institutionellen Angaben legitimiert sind. Hier sei erneut erwähnt, dass während des Kolonialismus Heilung eine neue Definierung erfuhr, in der zwischen „irrationaler“ und „wirkungsloser“ Hexerei und „wissenschaftlicher“ und „wirksamer“ Pflanzenheilkunde sowie tierischen und mineralischen Substanzen unterschieden wurde (Langwick et al. 2015, 494). In Bezug auf „Alternativmedizin“ scheint mir allerdings weder durch den Staat noch durch die Klinik klar kommuniziert, welche Objekte legitimiert sind. Ein Blick auf das Angebot der Klinik ist hierzu notwendig. Im Naturheilkundezentrum widmet man sich „alternativen Wegen“ der Diagnose und „ganzheitlicher“ Heilung durch „natürliche“ und „energetische“ Methoden. Neben „*Natural Remedies*“ finden auch „*Energetic Remedies*“ (Heilmittel die homöopathisch aufbereitet sind) Anwendung. Aus der biomedizinischen Medizin ist die Physiotherapie vertreten. Neben physiotherapeutischen Interventionen wie Bewegungstherapie, Behandlungsmassagen und Entspannungsmassagen, bietet man außerdem Inhalation, Gehörreinigung, systemische Interventionen, Quantenheilungstechniken, neurologische Regulierung, Akupunktur, Therapien durch Magnetfeld, Ultraschall und elektrische Frequenzen an. Ein Blick auf dieses Angebot macht weitere „objects of knowledge“ (Langwick 2021, 286), die in der Klinik Legitimierung finden, deutlich: Energie, immer wieder findet sie Thematisierung in der Klinik.

Auch im präventiven Gesundheitszentrum ist das Angebot vielfältig. Hier verschreibt das Team sowohl synthetische Arzneimittel aus der Apotheke als auch *dawa za asili*

aus dem *Remedy Department*. Der Fokus liegt auf Diagnostik und Früherkennungsprogrammen, dabei greift man primär auf biomedizinische Praktiken zurück. Die vertretenen Fachbereiche sind Gynäkologie, Zahnmedizin, Ophthalmologie (Augenheilkunde) und Allgemeinmedizin. Dabei reichen die Dienstleistungen von biomedizinischer Anamnese (Vitalwerte und ärztliche Untersuchung), Ultraschalldiagnostik, Labordiagnostik, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Augendiagnostik, zahnmedizinische Diagnostik, bis hin zu Wundversorgung, biomedizinischen Behandlungsstrategien und Verschreibung von synthetischen Arzneimitteln. Zu den Dienstleistungen zählen auch diverse präventive Gesundheitsprogramme für die lokale Bevölkerung, z.B. *Outreach*, ein kostenloses Angebot für die Bewohner*innen des Ortes. Das Angebot der Klinik weist auf die legitimierte Praktiken und legitimierte Objekte der Heilung hin. Im präventivmedizinischen Gesundheitszentrum sind diese insbesondere in der Biomedizin verortet und im naturheilkundlichen Gesundheitszentrum (abgesehen von der Physiotherapie) insbesondere in der Nichtbiomedizin.

Zusammenfassend ist basierend auf diesem und vorherigen Kapiteln zu betonen, dass der Staat und der biomedizinische Referenzrahmen Subjekte, Objekte und Praktiken reguliert. Street und Coleman machten allerdings deutlich, dass Gesundheitseinrichtungen auch durchlässig sind und von dieser sozialen, biomedizinischen Kontrolle abweichen (Street und Coleman 2012; Street 2014). Die folgenden Kapitel weisen diesen „space of multiple orderings“ (Street und Coleman 2012) durch den Blick auf intersubjektive Beziehungen auf.

6. Intersubjektive Interaktionen: Klinikpersonal im institutionellen Setting

In diesem Kapitel steht der Alltag des Gesundheitszentrums im Mittelpunkt. Ich widme mich der Frage, was die intersubjektiven Beziehungen des Klinikpersonals über das Erleben, Verstehen und Praktizieren von Heilung in der Klinik offenbaren. Ich stelle fest, dass intersubjektive Begegnungen und das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Heilpraktiken, Heilexpert*innen, Heilwissen, Objekten und Subjekten, die Formen, das Verständnis, die Praktiken und Erfahrungen von Heilung prägen. In der Klinik zeigt sich postkoloniale Heilung (Langwick 2011) in ihrer Multiplizität. Hier, in einem institutionellen Setting, gestaltet sich jedoch nicht nur der

body multiple, so wie Langwick (2008) ihn in Anlehnung an Mol (2002) versteht, sondern auch die Klinik selbst als multipel, geprägt von mehr-als-medizinischen Aspekten und nicht-medizinischen Dimensionen (Chabrol und Kehr 2020). Ich verstehe daher Multiplizität nicht nur als Gefüge, welches sich an der Schnittstelle zwischen Ontologien und Epistemologien (Langwick 2011) ereignet, sondern welches sich auch situativ – „vary in space and time“ (Chabrol und Kehr 2020) – und abhängig vom Standpunkt – „perspective, interpretative angle and conceptual framing“ (ebd.) – gestaltet. Mit dem ersten Kapitel verfolge ich die Absicht, aufzuzeigen wie Multiplizität in der Klinik durch Ambivalenzen zwischen institutionellen Vorgaben und Praxis entsteht. Daran anschließend erörtere ich wie Multiplizität durch mehr-als-medizinischen Aspekte und nichtmedizinische Dimensionen (ebd.) und abschließend durch die unterschiedlichen Wege des Wissenserwerbs entsteht.

An meinem ersten Tag in der Klinik war ich dazu eingeladen an einem Seminar für das gesamte Klinikteam teilzunehmen. Wir saßen alle auf dem Boden des Physiodepartments. Um mich rundherum hielt sich das gesamte Team an den Händen und bildete einen Kreis um mich, ich saß in der Mitte und sollte eine Patientin verkörpern, die durch dieses Team Heilung erfährt. Wir alle schlossen unsere Augen und Karolina, die Projektleiterin, begann ihre imaginäre Führung durch die Klinik. In den nächsten Seiten lade auch ich meine Leserschaft dazu ein, die von mir geleitete Führung durch die Klinik zu bestreiten, um das Spannungsfeld zwischen institutionellen Vorgaben und dem Alltag in ihrer Multiplizität zu begreifen.

6.1 Ambivalenzen: Raum der biomedizinischen oder multiplen Ordnung?

Auf den Bänken vor der Rezeption saßen bereits die ersten Patient*innen. Noch war alles still, nur ein paar Stimmen waren zu hören. Während die Behandlungsräume noch leer standen, waren Akida, Hami (Wachpersonal), Dalia, Magreth (Köch*innen) und Anna (Reinigungskraft) bereits bei der Arbeit und bereiteten alles für den Klinikbetrieb vor. Ich wartete vor dem Office auf Amina, als Receptionistin ist sie die erste offizielle Anlaufstelle der Patient*innen.⁴³ Schon kam sie mir mit dem Schlüssel

⁴³ Viele Patient*innen sind allerdings bereits zuvor in Kontakt mit anderem Klinikpersonal, zum Beispiel mit dem Wachpersonal. Dieses empfängt Patient*innen, beantwortet oft erste Fragen oder hilft Personen mit Bewegungseinschränkung im Eingangsbereich der Klinik.

für das Office in der Hand entgegen. Wir bereiteten im Office alles vor, starteten das Patient*innen-Verwaltungssystem am Laptop und öffneten die Vorhänge. Amina rief die erste Patientin auf. „*Karibu. Ni mara yako ya kwanza kuja hapa? Jina lako ni nani?*“ (dt. „Willkommen. Ist es dein erstes Mal hier? Wie ist dein Name?“), mit diesen Worten richtete sie sich an die Patientin. Amina eröffnete zwei Patient*innenakten für das präventivmedizinische und naturheilkundliche Zentrum und erfasste alle Daten. Sie überreichte der Patientin eine Karte, auf der der Name der Patientin und die Registrierungsnummer handschriftlich vermerkt waren und deutete mit der Hand zum *Vital Sign Department* hin und erklärte ihr, sie solle dort warten, man würde sie aufrufen. Wie auch für alle anderen Patient*innen starteten die Untersuchungen und Behandlungen dieser Patientin im präventivmedizinischen Zentrum. Hier erfolgt zunächst eine biomedizinische Abklärung, bevor Leistungen des naturheilkundlichen Zentrums in Anspruch genommen werden können. Eine bürokratische, institutionalisierte Ordnung, in der die Biomedizin den Vorrang bei der Behandlung des Körpers – „acting on the body“ (Langwick 2008, 429) – hat.

Während das vorherige Kapitel Aspekte dieser bürokratischen, institutionalisierten, biomedizinischen Ordnung kontextualisierte, folgt nun anhand von ausgewählten Beispielen das Aufweisen von Ambivalenzen zwischen den institutionellen Vorgaben und der Praxis. Es sind Momente in denen institutionelle Vorgaben an ihre Grenzen stoßen. Dabei stellt sich die Frage, ob sich die Klinik als Raum der biomedizinischen Ordnung – wie der vorgegebene Weg durch die Klinik vermuten lässt – entpuppt. Dem kann ich vorwegnehmen: Nein, die Klinik ist ein Ort der multiplen Ordnung (Street und Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239). In diesem Ort der multiplen Ordnung gilt es Ambivalenzen aufzuweisen. Diese zeigen sich durch Unterbrechungen und Interferenzen (Langwick 2011, 2008) die täglich in der Klinik ausverhandelt werden und zur Konstruktion von Multiplizität führen (Langwick 2011, 2008). Diese Unterbrechungen und Interferenzen zeigen sich in diesem Kapitel in Praktiken, Wissen und Räumlichkeiten in denen sich Akteur*innen der Klinik bewegen.

Am deutlichsten ist die multiple Ordnung durch die Auseinandersetzung mit den legitimierten Subjekten und Objekten im Behandlungssetting. Erneut steht die bereits von mir angeführte staatliche Zielsetzung, Heilung ohne magische Elemente wie *Spirits*, Wahrsagerei und Ahnenwissen (Nichols-Belo 2018, 722–23) zu praktizieren, im Fokus. Doch wie gestaltet sich dies im Alltag? Eine Patientin bat Karolina in der

Klinik um Rat, Grund waren nächtliche Alpträume. Böse *Spirits* suchten sie auf, denn auf ihrer Familie lag ein Fluch, Nachbarn hätten schwarze Magie, Hexerei, angewandt und sie verzaubert. Wie heilt man eine Patientin, deren Leidensursprung Magie beinhaltet mit Medizin, die keine magischen Elemente beinhaltet? Karolina machte im Laufe ihrer Tätigkeit als Ärztin und Heilerin in Arusha regelmäßig die Begegnung mit magischen Elementen in den Patient*innenerfahrungen. Für Karolina ist Magie eine Tatsache in der tansanischen Heillandschaft. Um Patient*innen mit magischen Leiden zu behandeln und in dieser Situation zu handeln, ziehen Karolina und ihre Mutter Helene unterschiedliche Heilpraktiken heran (z.B. aus Indien, Tibet, Kenia, Tansania, den Anden, dem Amazonasgebiet), die sie unter therapeutischer Heilarbeit zusammenfassen. Zudem finden *Energetic Remedies* (homöopathisch aufbereitete Heilmittel) Anwendung, zwei davon sind konkret als Heilmittel gegen Flüche, Zauber und schlechte Energien ausgewiesen. Die Heilmittel stellt man in Kontext zu innerlichem Stress (emotionales Problem) der von außen verursacht wird. Allerdings erzählt mir Karolina auch, dass sie nicht die Heilpraktiken der *waganga* anwendet, sie könne nicht einfach deren Praktiken übernehmen und hier in der Klinik bei den Patient*innen anwenden. Patient*innen könnten dies außerhalb der Klinik machen und wenn den Patient*innen die lokalen Praktiken helfen, stehe sie diesen offen gegenüber. Während Karolina mir vom magischen Leidensursprung der Patient*innen erzählte, traf ich beim restlichen Klinikpersonal zumeist auf die Aussage, dass es bisher keine Patient*innen hatte, die über magische Leiden klagten oder sich als verzaubert empfanden, lediglich Maasai würden vereinzelt solche Aspekte im Behandlungssetting erwähnen, erzählte man mir.⁴⁴ Der Allgemeinmediziner und Leiter des präventivmedizinischen Zentrums Bakari erklärt sich das Nichterwähnen von Magie folglich:

[...] even when someone has a normal medical disease they [some people, comment by J.A.] will still go to witch doctors first and then when they come to hospital they don't talk about witchcraft. [...] so some of our clients might not tell us anything like that because they know it's not the right place and they talk about being bewitched when they go to witch doctors.

⁴⁴ In Bezug auf Maasai schien mir im Feld die potenzielle Gefahr des *Groupism* zu bestehen, man sprach häufig von „den Maasai“ und wies ihnen konkrete Verhaltens- und Lebensweisen zu. Allerdings standen in Patient*inneninteraktionen die Individuen im Vordergrund. Auch ich versuche die Gefahr des *Groupism* und kulturellen/ethnischen Essentialismus zu vermeiden, indem mein Fokus auf dem Individuum, eingebettet in kulturellen, sozialen Gegebenheiten liegt.

Die Klinik stellte sich hier als „not the right place“ für magisches Leiden dar, man könnte sagen, die Patient*innen machten sich selbst zum *body compatible*, in Anlehnung an Langwick (2008) die jedoch davon spricht, dass das Klinikpersonal den Körper kompatibel für die Behandlung macht. Sowohl in Karolinas als auch Bakaris Erzählungen eröffneten sich andere Orte der Heilung und Expert*innen außerhalb der Klinik. Patient*innen können in die Klinik kommen und behandelt werden und gleichzeitig zu einem *waganga wa kienyeji* gehen und dort über das magische Element ihres Leidens sprechen. Allerdings bieten Karolina und Helene auch innerhalb der Klinik Möglichkeiten, Leiden magischer Herkunft zu behandeln. Somit wird hier auch die Breite der möglichen Behandlungen etwas erweitert und man lässt die vorhandene Multiplizität zu und kommt ihr entgegen. Es materialisiert sich ansatzweise ein breiteres Spektrum an zugelassenen Krankheitsbildern (Langwick 2011, 172). Mehrere Personen des Klinikpersonals anerkennen die Existenz von magischen Elementen in der Krankheitsgeschichte von Patient*innen und der tansanischen Heillandschaft. Vereinzelt ist auch die Rede von Familienmitgliedern, auf denen ein Fluch liegt. Um *uchawi* (Unheil/Hexerei) außerhalb der Klinik entgegenzuwirken, vertraut man den Erzählungen nach auf das Gebet zu Gott und die Kirche, so meinte ein Klinikteammitglied: „We need to pray for them.“ Wie sich der Umgang des Klinikteams mit diesen Interferenzen und Unterbrechungen im Klinikalltag und mit Patient*innen ereignete, bleibt in dieser Arbeit jedoch verborgen.

Diese Ambivalenz der Existenz von magischen Elementen in der Krankheitsgeschichte von Patient*innen und das staatliche Verständnis von Heilung ohne magische Elemente, verhandelt das Team letzten Endes daher im Alltag ohne institutionelle Vorgaben. Eine Institutionalisierung der Beziehung zwischen Nichtbiomedizin und Biomedizin, die magische Elemente nicht einbezieht, scheint mir an eine Grenze zu stoßen, die erneut dazu führt, dass das Klinikpersonal Wege finden muss, um das Leiden seiner Patient*innen zu mildern und (be-)handeln zu können (Langwick 2008, 428–429; 436–437). Langwicks Ansicht nach kreieren die Unterbrechungen und Interferenzen (Langwick 2008, 2011) – wie in diesem Beispiel ein Leiden magischen Ursprungs in einem institutionellen Setting, welches magische Elemente verneint – Multiplizität (Langwick 2011). Wie bereits im Kapitel 1.2.2 diskutiert, schlussfolgert Langwick, dass Praktizierende in der postkolonialen Heilung Körper für unterschiedliche Epistemologien und Ontologien kompatibel machen

(Langwick 2008, 429). Indem sie Koordinationsleistungen erbringen, verfolgen sie das Ziel zu handeln und die unterschiedlichen Körper und unterschiedlichen Visionen des Körpers von Patient*innen zu behandeln (Langwick 2011, 2008). Das was hier also stattfindet, beschreibe ich als eine Ambivalenz zu institutionellen Vorgaben, die sich in der Praxis durch Interferenzen und Unterbrechungen gestalten. Beispielsweise werden sie in der Klinik ausverhandelt, indem man anstatt auf Praktiken und Objekte von *waganga* auf *Energetic Remedies* zurückgreift.

Ein weiteres Beispiel für die anzutreffenden Ambivalenzen ist die Wissensgenerierung. In der Praxis zeigt sich in Bezug auf Wissensgenerierung – „ways of knowing“ (Langwick 2021, 286) – dass man hier auf unterschiedliches Verständnis und unterschiedliche legitimierte Expert*innen trifft. Der Staat kommuniziert in Bezug auf Nichtbiomedizin den Wunsch nach evidenzbasierter Medizin und Qualitätskontrolle (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021). Auch in Gesprächen in der Klinik fielen Wörter wie „*investigation*“, „*research*“. Das Team des naturheilkundlichen Zentrums wies darauf hin, dass die in der Klinik verwendeten *Remedies* auf Forschung basieren, Forschung, die Karolina durchführe. Dies stelle eine Besonderheit ihrer *Remedies* und der Klinik dar, so *Remedy Maker* Stella: „There is no good investigation for other herbals. Here we have a lot of investigation in our herbs.“ Auch die Wirksamkeit der *Remedies* stellte man in Verbindung mit der Forschung von Karolina. Die *Remedies*, die man in der Klinik anbot, seien von den ihnen bekannten *Remedies* am wirksamsten. So ganz genau erklären, was denn in dem Kontext Forschung bedeutet, konnte mir allerdings aus dem Klinikteam niemand.⁴⁵ Die Wirkung und Heilkraft von *Remedies* und die darin verwendeten Objekte scheinen hier durch Karolina Legitimierung zu erfahren.

Dies stelle ich in Kontext zu zwei Aussagen, die das Klinikteam in Bezug auf andere Heiler*innen in Tansania traf. Einerseits gäbe es die zertifizierten traditionellen Heiler*innen, die auf den Straßen, Märkten und in der Stadt in Shops *Remedies* verkaufen, diese *Remedies* seien nicht erforscht und überprüft, sie seien aufgrund fehlender „Investigation“ sogar gefährlich erzählte Stella „[...] other natural remedies you can get kidney failure and also problem of the liver.“ Andererseits gäbe es auch

⁴⁵ Wie im Kapitel 5.2 erwähnt, greift man bei Nichtbiomedizin in der Klinik sowohl auf jahrelange Erfahrung und Austausch mit anderen Mediziner*innen und Heiler*innen als auch auf professionalisiertes Wissen zurück. In Bezug auf Biomedizin vertraut man auf klinische Evidenz.

Heiler*innen, die ebenfalls auf jahrelange Erfahrungen zurückgreifen, *waganga*, welche zum Teil zwar keine Registrierung haben, denen die beiden *Remedy Maker* Stella und Samson dennoch mehr Vertrauen entgegengebracht als manchen zertifizierten Heiler*innen auf „der Straße“. Auch Karolina zweifelt an, dass die staatlichen Zertifikate für Heiler*innen gleichzusetzen mit Wissen sind. So thematisierte sie, dass Tansanier*innen diese Zertifikate leicht erhalten würden und die dazu angebotene Kurse nicht sehr tiefgreifend seien. Stattdessen erachtete sie als „wirklichen Schatz“ der *waganga*: „[...] deren Traditionen, deren Vorfahren, das, was sie von ihren Linien bekommen haben und das Wissen, das sie sich angeeignet haben. Zum Beispiel der Meshack [*mganga wa asili*, Anm. J.A.], von seinem Großvater, der ihn mitgenommen hat.“ Durch die Erzählungen von Bakari, Stella und Karolina werden andere Expert*innen außerhalb der Klinik sichtbar, *waganga wa kienyeji*, zertifizierte „traditionelle Heiler*innen“ und andere *waganga*. Sie haben für die Akteur*innen der Klinik eine Legitimierung, allerdings nur außerhalb der Klinik. Während der „traditionelle“ Weg des Wissens (Nichols-Belo 2018, 722) in Karolinas Ausführung Legitimierung erfährt, wird er von anderen Akteur*innen angezweifelt. So meinte Samson, die Regierung sollte sicherstellen, dass jeder der „traditionelle Medizin“ verkauft, eine gute Ausbildung erhält: „Because if you allow anyone to sell traditional medicine, it is not good. You have to make investigation first to allow the one who can sell this, have enough education concern about traditional medicine in order to give people good service“, “[...] in order to heal people.“ Am Beispiel der Wissenslegitimierung und den legitimierten Expert*innen zeigt sich, dass sich Ambivalenzen zwischen dem Verständnis unterschiedlicher Akteur*innen innerhalb der Klinik ereignen. Zudem scheint es, dass Objekte, Subjekte und Wissen ihre Legitimierung nicht (nur) durch eine staatliche Registrierung in der Klinik erlangen, sondern auch persönliche Beziehungen, Erfahrungen und Perspektiven dafür ausschlaggebend sind, wem und was man vertraut [nähere Ausführung siehe Kapitel 6.3]. Die unterschiedlichen Wissenswege und Subjekte die im Klinikalltag und in den Erfahrungen des Klinikteams und bei den Patient*innen anzutreffen sind, stehen im Austausch und kreieren Interferenzen.

Dass institutionelle Vorgaben in der Realität oftmals an Grenzen stoßen, zeigt auch ein Blick auf die Infrastruktur, zum Beispiel in Bezug auf Elektrizität und Zugang zu Internet in der Klinik. Immer wieder gab es während meines Forschungsaufenthalts

einen Stromausfall.⁴⁶ Dies hatte zur Folge, dass während oder zwischen Behandlungen die Praktizierenden alleine oder mit ihren Patient*innen in einen anderen Raum wechseln mussten. Das beeinflusste die Behandlung und die Interaktion zwischen Patient*in und Personal. Nicht selten kam es vor, dass biomedizinische Ärzt*innen aus dem präventivmedizinischen Zentrum im *Remedy* oder *Vitatec* Department auftauchten und darum baten, Zugriff auf das Patient*innen-Verwaltungssystem über deren Computer zu bekommen. Das zeigt, dass eine Notwendigkeit der Flexibilität der Praktiken besteht. Zudem kam es hier zu Begegnungen von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Expert*innen und Praktiken. Auch, dass es 2022 noch kein Röntgengerät⁴⁷ gab, gestaltete sich als herausfordernd für das Team. Immer wieder musste das Team Patient*innen an andere Einrichtungen überweisen. Heilung konnte daher nicht in der Klinik durchgeführt werden, ein Umstand, den viele im Team kritisierten. Fehlende Infrastruktur stellt daher einen Einfluss auf die Behandlung dar, es kommt zur Unterbrechung von Heilung, Patient*innen müssen neue Räume und Expert*innen aufsuchen. Daher eröffnen auch räumliche Gegebenheiten die Möglichkeit zur Schaffung von Interferenzen und Unterbrechungen unterschiedlicher Epistemologien und Ontologien (Langwick 2011, 2008).

Der Blick auf Praktiken, Wissenslegitimierung und Räumlichkeiten zeigte in diesem Kapitel beispielhaft die Ambivalenz zwischen institutionellen Vorgaben und Praxis. Wir treffen daher auf einen Raum der nicht nur von Biomedizin reguliert wird, sondern eine multiple Ordnung aufweist (Street und Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239). Die Unterbrechungen und Interferenzen von Nichtbiomedizin in Biomedizin und Biomedizin in Nichtbiomedizin führen zur Multiplizität (Langwick 2011, 2008). Während in diesem Kapitel die Multiplizität durch Interferenzen und Unterbrechungen deutlich wurde, behandelt das nächste Kapitel wie Multiplizität durch den Blick auf mehr-als-medicinischen Aspekte und nichtmedizinische Dimensionen (Chabrol und Kehr 2020) in Gesundheitseinrichtungen.

⁴⁶ Mitte 2023 erhielt die Klinik durch Spendengelder eine Photovoltaikanlage mit ausreichend Speicherleistung, die wesentlich zur Stabilisierung der Stromversorgung beitrug.

⁴⁷ Seit Ende 2023 gibt es nun auch eine Röntgenstation in der Klinik. Sie war ein Wunsch vieler Akteur*innen der Klinik um die Patient*innen durchgehend, ohne Unterbrechungen, zu begleiten.

6.2 Mehr als Klinik

Verbildlicht man die vielfältigen Akteur*innen und Dimensionen sowie deren Beziehungen im Feld, so gestaltet sich hier ein engverwobenes, komplexes Netz an jenen Verbindungen, die institutionell vorgegeben sind und jenen, die sich im Alltag ereignen. Um das Ausmaß an Komplexität zu begreifen, weise ich in diesem Kapitel beispielhaft auf Akteur*innen, Beziehungen und Dimensionen im Gefüge hin, welche das Feld charakterisieren. Es zeigt sich, dass der Klinikalltag von mehr-als-medizinische Aspekte und nichtmedizinische Dimensionen (ebd.) gekennzeichnet ist und sich daher als einen multiplen Ort (ebd.) gestaltet. Die folgenden Erzählungen aus dem Alltag der Klinik machen deutlich, dass der Ort der Klinik durch unterschiedliche Blickwinkel und einem anderen „framework“ andere Bedeutung erhält (ebd.) und „solid matter and consistent ideas“ (ebd.) wie die Klinik in ständiger Bewegung sind. Einerseits geschieht dies durch den Blickwinkel der jeweiligen Personen, andererseits durch die institutionellen Rahmenbedingungen die es erlauben den Raum auch andere Formen anzunehmen. Dazu erörtere ich in unterschiedlichen Ereignissen ausgewählte mehr-als-medizinische Dimensionen. Während die Idee des Pluralismus soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft unsichtbar macht (Broom, Doron und Tovey 2009, 698, 704-705), ermöglicht mir das Konzept der Multiplizität diese im folgenden sichtbar zu machen. Im Weiteren baue ich auch auf Langwicks Konzept der Interferenzen und Unterbrechungen - Biomedizin in Nichtbiomedizin und umgekehrt - auf (Langwick 2008, 2011), indem ich auch beispielhaft Interferenzen und Unterbrechungen des Nicht-medizinischen mit dem Medizinischen thematisiere.

Akteur*innen wie Staat, Regierungsbehörden, Dorfvorsteher*innen, NRO, Patient*innen und regionalen Gesundheitseinrichtungen, sind im Feld aufgrund von institutionellen Vorgaben anzutreffen. Die Beziehung mit anderen Akteur*innen entstehen hingegen durch die Praxis. Beispielsweise entsteht durch Zusammenarbeit und Kooperation, insbesondere im Austausch von Wissen und Dienstleistungen, eine Beziehung mit diversen regionalen Gesundheitseinrichtungen sowie internationalen und lokalen NROs und Expert*innen. Die pragmatische Beziehung zur Kirche entsteht beispielsweise durch die Nutzung von kirchlichen Räumlichkeiten für das *Outreach*

Programm der Klinik.⁴⁸ Auch mit unterschiedlichen *waganga* kommt es immer wieder zu Treffen und Austausch über Heilwissen. Durch die Patient*innen und das Klinikteam entstehen Beziehungen zur lokalen Gesellschaft, Familien, nicht-menschliche Akteur*innen, ehemalige Arbeitsgeber*innen und Ausbildungen. All diese Akteur*innen nehmen sowohl Einfluss auf den Klinikalltag als auch auf das Behandlungssetting und die Interaktionen von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Praktiken. Zu berücksichtigen ist, dass manchen Akteur*innen im Feld aufgrund von institutionellen Vorgaben eine konkrete Rolle zugewiesen ist. Wie etwa die NRO als Verwaltungsapparat, der Staat und die einzelnen Regierungsbehörden als Supervisor, Sponsor*innen und Tourist*innen als Geldgeber*innen, das Klinikteam und Volontär*innen als Dienstleister*innen und die lokale Gemeinschaft als Dienstleistungsempfänger*in. Diese Beziehungen sind durch institutionelle Vorgaben geregelt (wie jene zwischen Klinik und Staat). Im Alltag sind diese Beziehungen jedoch weitaus komplexer und werden täglich zwischen den Akteur*innen ausverhandelt. Ein einfaches Beispiel stellt die Rolle der Patient*innen dar. Unterschiedlichste Akteur*innen nahmen während meines Aufenthalts diese Rolle ein, unter anderem ein*e Politiker*in. Am Tag der Klinikeröffnung saß diese*r am Ehrentisch und hielt eine Rede, wenige Tage später nahm diese*r als Patient*in auf der Behandlungsliege in der Klinik Platz. Auch das Klinikteam selbst suchte Heilung in der Klinik indem es andere Departments aufsuchte oder sich selbst innerhalb der Klinik behandelte. Durch die unterschiedlichen Rollen, die Personen im Feld einnehmen, zeige sich Multiplizität des Körpers, die unterschiedlichen Versionen des Körpers (Langwick 2011, 2008).

Durch die Akteur*innen im Feld entsteht über deren Erfahrungen, Körper und Familiengeschichte Kontakt zu diversen (mehr-als-medizinischen) Dimensionen, beispielsweise sozialen, historischen, politischen, ökonomischen, spirituellen und ökologischen. Die unterschiedlichen Beziehungen und Akteur*innen sind aber auch ein Grund für die unterschiedlichen Blickwinkel die in der Klinik anzutreffen sind (Chabrol und Kehr 2020). Folglich blicken wir darauf, wie sich diese Dimensionen im Klinikalltag ereignen und die Interaktionen, die im Klinikalltag stattfinden prägen. Die Klinik gestaltet sich dabei nicht nur als Ort der Heilung, sondern auch immer wieder

⁴⁸ *Outreach* wird der wöchentliche medizinische Einsatz des Klinikteams in Dörfern der umliegenden Gegend bezeichnet. Neben Aufklärung, medizinischen Check-Ups und Erstversorgung erhalten all jene, die weitere medizinische Unterstützung benötigen, eine Überweisung in die Klinik

als Raum des Wissensaustausch und als Ort der finanziellen, materiellen und sozialen Zuwendung.

Institutionell ereignet sich dies insbesondere durch Freistellungsregelung und das *Department für Sozialarbeit* in der Klinik. Die Klinik verfolgt das Ziel jedem unabhängig von finanziellen Mitteln Heilung zu ermöglichen, hierzu sind Freistellungsregelungen für bestimmte Dienstleistungen anzutreffen. Konsultationsgespräche mit Ärzt*innen, Physiotherapie, eine Reihe an diagnostischen Untersuchungen (z.B. Gebärmutterhalskrebsvorsorge, Prostata-Screening) sowie nichtbiomedizinischen Leistungen und *Remedies* standen beispielsweise kostenlos für alle Patient*innen zur Verfügung.⁴⁹ Diese Freistellungen wurden auch als Grund genannt, weshalb einige Patient*innen diese Klinik aufsuchten. Zusätzlich war Jamala als Sozialarbeiterin dazu berechtigt im Einzelfall zu entscheiden, ob eine Person weitere Freistellungen erhalte. Jamalas Department war für viele Anlaufstelle für Unterstützungsanfragen. Es waren nicht nur Patient*innen die hier darum baten, sie von kostenpflichtigen Leistungen freizustellen oder den Transport zurück in ihr Dorf oder in die Stadt zu übernehmen, sondern auch Klient*innen die um Schulgeld, Startkapital für ein Business, Essen oder den Bau eines Hauses baten. Auch in den Behandlungsräumen nahm dies Einzug. Täglich erreichte das Klinikteam die Sorge von Patient*innen, dass sie sich eine Behandlung nicht leisten konnten und täglich wurden Patient*innen von ihnen freigestellt. Entscheidungen und Bewertungen die intersubjektiv verhandelt werden und geleistet werden um Heilung zu ermöglichen, um zu handeln. Während Langwick vom Ausverhandeln von Interferenzen und Unterbrechungen in Bezug auf das Aufeinandertreffen von Epistemologien und Ontologien spricht (Langwick 2008, 428), zeigt sich hier, dass das Handeln des Klinikpersonals auch durch andere materielle Aspekte beeinflusst ist. Hier erlauben institutionelle Rahmenbedingungen dem Raum eine andere Form anzunehmen.

Wir saßen in einem großen Sesselkreis im Restaurant der Klinik, die Sozialarbeiter*innen George, Jamala, zwei Volontär*innen, zweiundzwanzig Frauen, einige davon mit ihren Babys im Arm und ich. Seit etwa einer Stunde präsentierten die Frauen ihre Projekte, für die sie vor einigen Monaten ein Startkapital der NRO erhalten hatten. Manche kauften sich Hühner oder Ziegen, andere verkauften Kochöl am Markt oder bauten sich ein Café, eine Schneiderei, einen Friseursalon oder einen

⁴⁹ Es gibt zudem bestimmte Freistellungen die zusätzlich noch für die naheliegenden Regionen zutreffen.

Gemüseshop auf. Sie berichteten von ihren Erfolgen und den Herausforderungen, viele von ihnen klagten über kranke und tote Hühner. Eine der Frauen stand auf. Alle Blicke waren gespannt auf sie gerichtet als sie von Aloe Vera erzählte, welches sie einsetzte, um ihre Hühner zu heilen. Sie wäre zudem im Besitz eines Buches zur gesunden Hühnerhaltung. Ein begeisterter Jubel ertönte als Karolina den Vorschlag machte, dass sich die Frauen erneut in der Klinik treffen könnten, um sich über die Pflege ihrer Hühner auszutauschen. Nach dem Meeting gab es für alle Mittagessen und eine *Health Class* über Schwangerschaft und Gebärmutterhalskrebs. Namunyak, der *Community Health Worker* der Klinik, informierte die Frauen in diesem Kontext auch über kostenlose Vorsorgeuntersuchungen, gratis Geburtshilfe-Sets und *Power Milk* (*Remedy* der Klinik bestehend aus Moringablättern, Kürbiskernen und Baobab). Er bat sie das Wissen in der Community zu verbreiten. Später erfuhr ich, dass es sich größtenteils um ehemalige Patient*innen von Karolina handelte. Oftmals führten sie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und andere Symptome in die Klinik. Im Laufe von Gesprächen und Behandlungen stellte sich nicht selten heraus, dass eigentlich ein anderes Problem dahintersteckte, häufig seien es finanzielle oder familiäre Sorgen wie das Schulgeld der Kinder. Nicht nur, dass Karolina hier die Grenzen ihres Daseins als Ärzt*in/Heiler*in in einem biomedizinischen Setting destabilisiert und ihre Rolle als humanitäre Akteur*in Einzug im Behandlungssetting nimmt, auch zeigt sich hier die Verbindung von ökonomischen Dimensionen mit Heilung. Um biomedizinische Symptome zu behandeln, sucht man nach Ursachen und Lösungen die über das Biomedizinische hinausgehen. Aus diesem Blickwinkel wird der Ort der Heilung zu einem Ort der finanziellen, materiellen Zuwendung.

Die ökonomische Dimension und das Destabilisieren der Rolle als Ärzt*in/Heiler*in zeigt sich mir im Laufe desselben Tages erneut. Nach dem Treffen mit den Frauen musste Karolina zurück zu ihren Patient*innen. Wenige Minuten später ließ sie nach mir rufen, ich sollte in ihr Department kommen. Ich betrat den Raum, Karolina war gerade im Gespräch mit einem Mann und einer Frau, Happy (Krankenpfleger*in) saß neben ihnen und deutete mir auf einem Sessel Platz zu nehmen. Karolina stellte mich und die Frau, die neben mir saß, einander vor. Ihr Name war Sara, sie sei die führende *mkunga* („traditionelle“ Hebamme) aus einem naheliegenden Dorf in dem überwiegend Maasai lebten. Sara war in Begleitung eines Mannes aus ihrem Dorf, er übersetzte für

sie von Kiswahili/Englisch auf Kimaa.⁵⁰ Sie erzählte, dass sie selbst Mutter von sieben Kindern sei und bereits vielen Frauen in ihrem Dorf bei der Geburt geholfen habe. In ihrer Tätigkeit als *mkunga* verwende sie häufig *dawa za asili*, sie sammle die Pflanzen bei sich im Dorf. Karolina und Sara vereinbarten ein Treffen, ein Sozialarbeiter und Lemati, der *Herbalist* der NRO, sollten sie schon bald besuchen und von ihr über Pflanzen lernen. Doch der eigentliche Grund für Saras Besuch in der Klinik war ein anderer. Sara erzählte Karolina, dass häufig Komplikationen bei den Geburten auftreten, sie bat Karolina um Unterstützung bei diesen Notfällen und um Equipment für eine sichere Geburt. „We are not responsible for emergencies,“ erklärte Karolina und fügte hinzu, bei Komplikationen müsse Sara mit ihren Patientinnen in das naheliegende staatlichen Gesundheitszentrum oder in die Krankenhäuser in der Stadt gehen. Doch womit sie ihr helfen könne, wäre es Notfälle zu vermeiden. Karolina holte einen Karton mit medizinischen Plastikhandschuhen und übergab ihn an Sara. Mit Hilfe von Happy erzählte Karolina Sara von den *Birth Kits*,⁵¹ die die Klinik gratis an werdende Mütter verteile. Hierzu müsse Sara allerdings ihre Patientinnen in der 38. Schwangerschaftswoche zur Klinik für die Gratisvorsorgeuntersuchungen schicken, neben Ultraschalluntersuchungen würden sie auf HIV getestet werden. Wenn sich bei den Vorsorgeuntersuchungen herausstelle, dass nicht alles in Ordnung sei, dann verfolge die Klinik die Schwangerschaft und würde die Patientin an ein Krankenhaus überweisen, Sara könne ihre Patientinnen dorthin begleiten. Wenn alles in Ordnung sei, bekämen die Patientinnen die *Birth Kits*, diese enthalten alles, was Sara für die Begleitung einer sicheren Geburt benötige. Die Geburt wäre dadurch sowohl für die Frauen als auch für Sara sicherer. Zusätzlich solle Sara bei Geburten zwei Handschuhe anziehen, wenn die Gefahr bestehe, dass die Patientin HIV habe. Auch nach der Geburt, führt Karolina fort, gäbe es für Neugeborene und Mütter Vorsorgeuntersuchungen in der Klinik, Mütter erhielten zudem *Power Milk* zur Unterstützung beim Stillen. Sara solle den Frauen im Dorf von den Gratisuntersuchungen berichten. Karolina sprach von Zusammenarbeit und betonte, „[...] it is good if the women give birth at home, but sometimes hospital is good.“ Wenige Wochen nach diesem Treffen war Sara anwesend bei der Eröffnung der Klinik,

⁵⁰ Indigene Sprache der ethnischen Gruppe Maasai.

⁵¹ Es handelt sich hierbei um fertig hergestellte Pakete, die die Klinik in der Stadt einkauft. Zwar sind Geburten in tansanischen Krankenhäusern gratis, allerdings müssen werdenden Eltern diese *Birth Kits* vorab selbst kaufen und zur Geburt mitbringen. Die Pakete enthalten beispielsweise Handschuhe.

sie war jene *mkunga* die an den Minister, Helene und den Sohn der Kliniksponsor*innen Maasai Schmuck überreichte. Die Beziehung von Sara und Karolina weist uns nicht nur die ökonomische Dimension auf und verdeutlicht die Unzulänglichkeit der Biomedizin (Olsen und Sargent 2017b, 3–4; Langwick 2008, 428–29), sie zeigt auch ein Aufeinandertreffen von Wissen - nichtbiomedizinisches Wissen und biomedizinisches Wissen. Während auf Seiten von Karolina der Wunsch der Wissensaneignung bestehe, fehlte Sara notwendiges Equipment um zu handeln. Es besteht hier eine Interdependenz zwischen den zwei Praktizierenden. Für Sara ist es ein Ort um ihr Equipment für Heilung ihrer Patient*innen zu ergänzen. Es zeigt sich daher, dass der Ort abhängig vom Blickwinkel eine andere Bedeutung einnehmen kann (Chabrol und Kehr 2020).

Besonders deutlich wird die Interferenz und Unterbrechung (Langwick 2008, 2011) des Nichtmedizinischen mit dem Medizinischen bei einem der wöchentlichen *Outreaches*. Mit dabei hatten wir im Auto Taschen mit Medizin und Equipment und große Säcke voll Bohnen und Mais. Dort angekommen wandten sich die „*Leader*“⁵² direkt an den begleitenden Arzt Bakari und den *Health Worker* Namunyak. „They complain about the food, they say it is not enough. We told them they need to tell Karolina, we are here to treat the patients,“ berichtete Bakari. Seit Wochen herrschte Dürre in Tansania, die Regenzeit war ausgeblieben. Nicht nur, dass die eigene Ernte ausfiel, auch die Lebensmittelpreise stiegen als Folge der Dürre und des Ukraine-Kriegs. Bereits an meinem ersten Tag in der Klinik war ich damit konfrontiert. Dieses Mal in einem anderen Dorf. Ein totes Zebra auf der Straße, verendet aufgrund der Dürre. Frauen, die mit ihren Kindern vor einer leeren *Dispensary* auf die Essenslieferungen der Klinik warteten. Das Bild der vielen Frauen vor einer *Dispensary* ohne medizinisches Personal und die Bitte des *mwenyekiti* (Dorfvorsteher), sein Dorf weiterhin mit Essen und medizinischer Versorgung zu unterstützen, ging mir nicht mehr aus dem Kopf. Leere Räume symbolisierten die Lage, denn bis zu dem damaligen Zeitpunkt hatte die Regierung dem Dorf kein medizinisches Personal zugeteilt. Während meiner Feldforschung wurde die Situation zunehmend prekärer. Das Treffen des Dorfs beim *Outreach* wurde von „*Leadern*“ dazu genutzt, Reden zu halten. Das sei unüblich, berichtete mir das Klinikteam. Namunyak war als *Community*

⁵² „*Leader*“ ist eine Bezeichnung der ich in diesem Zusammenhang im Feld begegnete. Ob es sich um *wenyekiti* (Dorfvorsteher) oder *washili* (Anführer eines Clans) oder andere Führungspersonen handelte, konnte ich nicht ausfindig machen.

Health Worker zuständig, das wöchentliche *Outreach* zu organisieren, dazu musste er vorab die „*Leader*“ kontaktieren. Oftmals sei dies kompliziert klagte er, manche sind schwer erreichbar oder haben spezielle Anforderungen. Dass er selber Maasai sei und aus der Gegend komme, stellte für ihn einen Vorteil dar, er kenne die Regeln, erklärte er. Doch dieses Mal, während der Dürre, stellte es sich dennoch als große Herausforderung für ihn dar. Man berichtete ihm, dass die Essensauslieferungen zu Unstimmigkeiten in den Dörfern führten. Die „*Leader*“ von zwei nahe beieinanderliegenden Dörfern in denen überwiegend Maasai lebten, standen schon länger im Konflikt. Die NRO erhielt seitens der „*Leader*“ Beschwerden, man solle keine Essenslieferungen in das jeweils andere Dorf durchführen. Auch berichtete man, dass „*Leader*“ behauptet hätten, die Essenslieferung sei von den „*Leadern*“ bezahlt worden und nicht von der NRO. „It's only about food, and not about health anymore,“ meinte Bakari. Da die Situation das *Outreach* Programm erschwerte, entschied man sich, die Essenslieferungen von dem *Outreach* Programm zu trennen, es sei die einzige Lösung, weiterhin zu behandeln. Die Situation der Dürre und Nahrungsknappheit zeigt, dass Handeln hier über das Medizinische hinausgeht, aus Sicht des Klinikpersonals schien es kaum möglich, den Körper zu behandeln während politische Konflikte und Nahrungsknappheit vorrangig waren. Bei jenen Patient*innen, die an jenen Tagen trotz der Essensauslieferungen auch die Ärzt*innen aufsuchten, könnte das Narrativ ein anderes sein. Die Patient*innen und Heiler*innen befinden sich inmitten von sozialen, politischen, ökonomischen, infrastrukturellen, ökologischen Dimensionen, also nichtmedizinischen Dimensionen (Chabrol und Kehr 2020), in denen sie versuchen zu handeln.

Was sich anhand dieser Beispiele zeigte, sind die vorherrschenden (sozialen) Ungleichheiten im Feld. Mehrmals beobachtete ich im Feld fehlende gesundheitliche Chancengleichheiten, mangelnden Zugang zu medizinischen Leistungen (z.B. *Birth kits*) und Ressourcen (Nahrungsknappheit als Folge von Dürre, wirtschaftliche Abhängigkeit). Es zeigen sich Narrative des Überlebens und die wirtschaftliche Dimension. Der Ort der Klinik ist nicht nur auf das Gebäude der Klinik beschränkt, durch das Auto wird sie mobil und fährt in die Dörfer. Das Klinikpersonal trifft nicht nur auf medizinische Praktiken, sondern auch auf Aspekte und Dimensionen über das Medizinische hinausgehen (Chabrol und Kehr 2020), wie beispielsweise Mais und

Bohnen, „*Leader*“ oder Essensauslieferungen, die auch immer wieder zu Unterbrechungen und Interferenzen des Medizinischen führen.

6.3 Wissen und Erfahrung in einem multiplen Gefüge

In Anbetracht dessen, das sowohl Biomedizin (Street 2014, 12, 255) als auch Nichtbiomedizin lokal ausverhandelt (Langwick 2011, 235–37; Marsland 2007) wird, erachte ich es als eine Notwendigkeit die „ways of knowing“ (Langwick 2021, 286) die in der Klinik im Alltag anzutreffen sind zu kontextualisieren. Im Kapitel 5.2. diskutierte ich welches Wissen und Wissenswege institutionell legitimiert und vorgegeben sind und zeige, dass der biomedizinische Rahmen in diesem Kontext Vorrang hat. Im Kapitel 6.1. wird deutlich, dass sich die Praxis von den institutionellen Vorgaben unterscheidet und sich Ambivalenzen aus persönlichen Beziehungen, Erfahrungen und Perspektiven ergeben und sich durch Unterbrechungen und Interferenzen äußern. Im folgenden hebe ich die Wissensproduktion und ihren Zusammenhang zur persönlichen Beziehungen, Erfahrungen und Perspektiven erneut hervor. Die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Akteur*innen, aber auch die nichtmedizinischen Dimensionen (Chabrol und Kehr 2020) und die daraus entstehenden unterschiedlichen multiplen Erfahrungen im Feld haben Einfluss darauf, welches Wissen und welche Wissenswege vorhanden sind. Zudem legitimieren sie auch, argumentiere ich, welches Wissen Anerkennung und Vertrauen findet. Das kann Handlung und Bewertung von Geschehnissen in der Klinik beeinflussen, aus diesem Grund gilt es sich damit auseinanderzusetzen. Es zeigt sich, dass Multiplizität die sich hier durch medizinische und nichtmedizinische Dimensionen (ebd.) erschließt, zu multiplen Erfahrungen führt.

Während institutionell vorgegeben ist (siehe Kapitel 5.2.), welche Zertifikate, die in der Klinik Praktizierenden vorweisen müssen, bringen sie alle auch persönliche Erfahrungen, Wissen und Beziehungen mit sich. Erzählungen wie jene von Shani (zertifizierte „traditionelle“ Heilerin und *Medical Attendant*), zeigen nicht nur, dass Wissen in der Klinik durch unterschiedliche Beziehungen und Akteur*innen erworben wurde, sondern auch, dass persönliche (Heil)erfahrungen in die Wissenslegitimierung verwoben sind:

When I come from college, I knew that I have to treat only patients, and do this and this, but you also should know that everything is depending on the heart, that we can do. [...] for sure love is growing and when someone who is leading has a true love and

have to care and you start to copy from him or her [...] So when you give people things which you have you can spread it. So I think Karolina has a really love in her. [...] I was a victim of peptic ulcers. I was going to different hospitals, was treated there and there without getting a treatment, without getting healed. [...] And when I have been here with doctor Karolina it is when I got healed. That was the first time when I met Karolina, I don't know if she remember but I was the one who have been healed here with peptic ulcers. [...] That's when I've been healed, through panaceo [remedy used in the clinic; comment by J.A.].

Während Karolina und Helene, Berufung, die eigene Krankheitsgeschichte oder den Wunsch die Lebensbedingungen anderer zu verbessern als Motivation für ihren Beruf nannten, gibt es im Klinikteam auch andere Beweggründe. So waren prekäre Familien- und Lebensverhältnisse und die Notwendigkeit finanzieller Einnahmen ein häufig genannter Grund. Oft sprachen Personen des Klinikteams in unseren Gesprächen großen Dank an die NRO aus, man fühle sich der NRO gegenüber verpflichtet, da sie da war als es einem schlecht ging, eine Beschäftigung anbot, finanziell geholfen hatte oder geheilt hatte. Das machten nicht nur Shanis Ausführungen zu Beginn des Kapitels deutlich, auch Stella und Stacy (*Remedy Maker*) erzählten, dass sie vor einigen Jahren, in finanzieller und familiärer Notlage einen Job durch die NRO erhielten, sie waren zu Beginn als Reinigungskräfte tätig. Mit der Zeit lehrte Karolina ihnen den Verkauf und die Herstellung von *Remedies*, sie verdankten Karolina und Helene ihre finanzielle Unabhängigkeit, so Stacey und Stella.

Das Wissen, das in der Klinik anzutreffen ist, eigneten sich die Personen im Feld durch den Austausch mit unterschiedlichen Akteur*innen wie Kirche, Familie, Klinik, Karolina, Healer*innen, Universitäten, Touristen und Volunteers an. Karolina und Helene haben beispielsweise Praktiken und Heilwissen in unterschiedlichen Regionen der Welt durch Reisen aber auch durch eine biomedizinische Ausbildung erworben. Andere Teammitglieder haben Wissen einerseits durch ihre zertifizierte Ausbildung erhalten, andererseits durch ihre Familie und durch die Arbeit bei der NRO. Ein Großteil des Teams hat Zusatzausbildungen durch die NRO erhalten, entweder in einer externen Einrichtung oder direkt durch die NRO. Ein Teil des Teams ist in Arusha, am Fuße des Mount Meru, geboren und kann auf Heilwissen der Region zurückgreifen. Zudem zeigt sich, dass auch unterschiedliche persönliche Geschichten, Beweggründe und Motivationen vorhanden sind, die dieses Wissen begründen. Anders als in gelesener Literatur vermuten lässt (Bignante und Tecco 2013; Langwick 2011), erwähnt das Klinikteam keine mehr-als-menschlichen Akteure/Subjekte über die sie ihr Wissen erhalten haben.

Wie bereits in Kapitel 6.1 ausführlicher diskutiert, traf ich in der Klinik mehrmals auf das Narrativ, dass man Wissen über die Klinik und Karolina erhalten habe und erhalten möchte. In diesem Kontext zeigt sich, dass manche Wissenswege mehr geschätzt werden als andere. Obwohl man auf eigenes Heilwissen zurückgreifen könne, wird teilweise die Klinik und Karolina als Grund genannt, weshalb man Interesse an *dawa za asili* gezeigt habe. So erzählte Kiano (Radiologe), dass er das Wissen seiner Großmutter über „traditionelle Medizin“ in seiner Kindheit nicht als relevant erachtete, erst durch Karolina und die Klinik hätte er Interesse daran entwickelt. Obwohl Naturheilkunde, die in der Klinik praktiziert wurde, in den Aussagen, die mir im Alltag begegneten wertgeschätzt wurde, bestand dennoch Skepsis gegenüber anderen Heiler*innen und anderer *Remedies*, diese seien nicht geprüft und könnten Toxine beinhalten.

Die Legitimierung von Wissen und die Wissenswege verorte ich in einer Verflechtung von persönlichen Erfahrungen und historischen Dimensionen, die intersubjektiv ausverhandelt werden. Ich könnte hier beispielsweise auf Rekdal verweisen und die Aussage treffen, dass in Tansania die Suche nach Heilung im kulturell Fremden mit einer machtvollen Heilung in Verbindung gebracht wird (Rekdal 1999, 458–59). Ich könnte aber auch das Argument heranziehen, dass Karolina im Namen der NRO als Heilerin die Verhältnisse in der Gesellschaft gravierend mitgestaltet. Das erinnert daran, dass vor dem Kolonialismus jene als Expert*innen in Tansania betrachtet wurden, die die Verhältnisse beeinflusst hatten und Interventionen einleiten konnten (Langwick 2021, 2011; Feierman 1985). Es könnte erklären, weshalb von Karolina legitimiertes Wissen, Objekte und Wissenswege auch in der Klinik weitläufig Legitimierung erfuhren. Allerdings scheint mir auch die koloniale Vergangenheit Tansanias und die staatliche Kriminalisierung von *waganga*, die magische Elemente nutzten (Nichols-Belo 2018), ebenfalls zentral. Allein scheint dies allerdings zu kurz gegriffen. Auch die persönlichen Beziehungen, die Unterstützung die das Klinikteam durch die NRO erhalten haben und das Zugehörigkeitsgefühl zu der Klinik und dem Klinikteam (immer wieder bezeichnet sich das Team als Familie) scheint mir einen wesentlichen Beitrag zur Legitimierung jenes Wissens und Wissenswege die durch die NRO/Klinik kommuniziert werden. Es scheint mir in Anbetracht der Geschichte auch wesentlich einfacher für eine weiße Heilerin mit

biomedizinischer Ausbildung für sich die Legitimierung von Wissen als „traditionelle Heiler*in“ einzufordern als für tansanische *waganga*.

7. Materielle Realitäten

In der Klinik kam es zu einem regen Austausch zwischen Nichtbiomedizin und Biomedizin. Biomedizinische Elemente nahmen Einzug in nichtbiomedizinischen Praktiken und nichtbiomedizinische Elemente in biomedizinischen Praktiken. Wie Langwick bereits in ihrer Forschung in einer tansanischen Klinik feststellte, kam es auch hier zu gegenseitigen Unterbrechungen und Interferenzen (Langwick 2011, 2008). Doch was und wer legitimiert den Austausch zwischen biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Arzneimitteln in der Klinik? Dieser Frage widme ich mich in diesem Kapitel. Besonders deutlich wird dies durch das Beobachten von Materialitäten, ihren Wegen in der Klinik und ihrer beigemessenen Bedeutung. Der Blick auf Materialitäten in pragmatischen Beziehungen eines institutionellen Settings machen die multiplen Ordnungen (Street und Coleman 2012; Street 2014) – also die Epistemologien, Ontologien (Langwick 2011) – als auch die nicht-medizinischen Dimensionen in einer Gesundheitseinrichtung (Chabrol und Kehr 2020) und die, so behaupte ich, multiplen Erfahrungen (z.B. persönliche Lebenserfahrung) sichtbar. Der Blick auf Multiplizität eröffnet uns auch die Machtdynamiken im Feld, insbesondere jene die durch den biomedizinische Referenzrahmen bestehen.

Dem Kapitel sei die Frage voranzustellen, die Langwick und Nichols-Belo bereits in ihrer historischen Auseinandersetzung mit der tansanischen Heillandschaft postulieren, nämlich wer und was das Recht hat zu existieren, bezogen auf Wissen, Subjekte, Objekte oder Entitäten (Langwick 2011; Nichols-Belo 2018). Obwohl institutionell durch den Staat und die Klinik/NRO bestimmtes Wissen, Subjekte, Objekte und Entitäten in der Klinik Legitimierung erfahren, wurde im Laufe der Arbeit deutlich, dass dennoch auch von dieser Ordnung abweichende Epistemologien und Ontologien anzutreffen sind. Es stellt sich daran anschließend die Frage, was materiell ist (physisch, Natur, Wissen) und was immateriell, (metaphysisch Kultur, Glaube) (Langwick 2011)– ich argumentiere, dass dies in der Klinik intersubjektiv ausverhandelt wird. Wobei aufgrund der institutionellen Vorgaben sich zeigen wird, dass die Abweichungen zum biomedizinischen Referenzrahmen nur begrenzt vorkommen. So werden im Laufe dieses Kapitels keine *Spirits* und magische Elemente sichtbar, sie werden daher in diesen Beispielen in der Klinik nicht materialisiert.

7.1 Bewegung von Personen und Materialitäten

Im Kapitel 5.1. thematisierte ich, dass das seit Jahren staatlich etablierte Registrierungssystem versucht durch seine Kontrollmechanismen die Teilung von praktizierenden Personen, Arzneimittel und Räumlichkeiten, angelehnt an die Biomedizin zu regulieren (Langwick 2021, 294). Langwick fügt hinzu, dass diese Teilung der “multiplicity of relations and histories” (ebd., 294) der postkolonialen Heillandschaft nicht gerecht wird. Ich weise folglich auf, dass auch in einem institutionellen Setting die Verwicklungen (Langwick 2011, 236) von Personen, Materialitäten und Orten, – vom biomedizinischen im nichtbiomedizinischen die durch Akteur*innen stattfindet (ebd., 236) – weitaus komplexer und multipel sind. Zudem zeigt der Blick auf Materialitäten auch Interferenzen und die Unterbrechungen von Biomedizin in der Nichtbiomedizin und Nichtbiomedizin in der Biomedizin (Langwick 2011, 2008) in der Klinik. Dazu folge ich beispielshaft dem Weg von *dawa* (Arzneimittel, Heilmittel) in der Klinik.

Wir saßen vor einem Kübel voll mit „*herbs*“, Samson, Stella, Joyce und ich füllten Teebeutel ab, Stück für Stück verpackten wir sie in Plastik. Es juckte mich im Hals und in der Nase, ich musste niesen. Wir alle lachten und Stella erzählte, dass sie allergisch auf getrocknete Moringa-Blätter sei, jedes Verpacken von Moringapulver sei daher mit Niesen bei ihr verbunden. „But my immune system is not good, so I need to take Moringa,“ sie teilte mit, dass sie sich seit einigen Tagen nicht gut fühlte. Gegen die frischen Moringa Blätter sei sie nicht allergisch. Normalerweise nehme sie immer die Blätter aus dem Garten ihres Vaters, er habe sich vor einiger Zeit einen Moringa Baum im Garten angepflanzt, allerdings ohne zu wissen, was der Baum alles kann. Sie habe ihm erklärt, wie gut der Baum ist, die Blätter, die Samen, die Wurzeln, fast alles von dem Baum könne heilen. „But now it is dry season, there are no leaves on the tree,“ fügte sie hinzu. Sie würde später im Permakulturgarten fragen, ob sie sich Blätter aus dem Klinikgarten nehmen dürfe. Nicht nur, dass hier Stella als Akteurin Wissen aus der Klinik in ihr Heim bringt, sie bringt auch Materialien (Moringa-Blätter) mit. Hier bedingt durch die nichtmedizinische Dimension (Chabrol und Kehr 2020) der Umweltbedingungen/Dürre. Hier werden die „relations“ sichtbar. Sie erhält diese nicht durch eine institutionelle Ordnung, sondern durch ihre Beziehung zu Kito dem Gärtner der Klinik und dem naturheilkundlichen Garten.

Jeden Tag gehen Patient*innen und das Klinikteam am naturheilkundlichen Garten (Permakultur) vorbei. Ein Pfad führt zwischen den Pflanzen durch, Chili, Mangold, Kohl, Artemisia und unzählige orange und gelbe Ringelblumen. Neben Heilpflanzen werden auch *organic* Nahrungsmittel für das Restaurant der Klinik angepflanzt.⁵³ Auf der anderen Seite des Gartens saß Kito, der Gärtner der Klinik, unter einem Papayabaum und zupfte von einem Moringa-Ast Blätter ab. Er kümmerte sich täglich um die Pflanzen und verbrachte hier den Großteil seines Tages. Später werden die Blätter im Trockenhaus gelagert und immer wieder in den nächsten Tagen bei Hand gewendet. Moringablätter die später in die wenige Meter entfernten Klinikräume gelangen und von Stacey, Stella und Samson verarbeitet werden.

Neben den selbst angepflanzten Heilpflanzen und von externen Händlern zugekauften *dawa za asili* (z.B. Seegrass, Ingwer), sammelten Samson und der *Herbalist* der Klinik, Lemati, immer wieder für die Klinik Pflanzen. Während Lemati, als Maasai zuständig ist für die Pflanzen, die man in der Maasai-Medizin anwendet, sammelt Samson als Meru jene im „Meruland“. Auch an einem Wochenende machte sich Samson auf die Suche und nahm mich mit zum Sammeln. Wir nahmen einen Trampelpfad der uns von der Hauptstraße zwischen Häusern und Bäumen auf eine Anhöhe in der hügeligen Landschaft führte. Auf unserem Weg blieben wir immer wieder stehen. Samson zeigte mir Pflanzen, erklärt mir ihre Wirkung und wie man sie anwendet. Bei manchen kamen die Wurzeln zum Einsatz, bei anderen die Blätter, manches war zum Auflegen auf Wunden, anderes zum Inhalieren bei Husten oder zum Trinken bei Magenschmerzen. Einige Pflanzen waren zur Stärkung von innen, „*for immunity*“, so Samson. Ein paar der Pflanzen würde man auch in der Klinik finden. Meist kannte Samson nur den Meru-Name der Pflanzen. Dieses Mal suchten Samson und ich nach Blüten eines ganz besonderen Busches. Immer wieder betonte Samson, wie wenige der Blüten es aufgrund der Dürre derzeit gäbe. Wir kamen auch am Haus von Meshack, dem *maganga wa asili*, den ich schon oft besuchte hatte, vorbei. Samson pflückte am Wegrand des Grundstückes ein paar Blüten. Als ich Samson auf Meshack ansprach, meint er, Meshack sei sehr bekannt, vor allem für seinen Honig.

⁵³ Seit ein paar Jahren pflanzt die NRO bereits auf Feldern eine Reihe an Heilpflanzen wie Moringabäume, Zitronengras und Kamille an. Hierfür wird kein Dünger, keine Pestizide/Chemicals verwendet, es ist die Rede von „regenerate the soil“, „give the earth something back“, „not to kill what is in the soil, like worms, nutiations.“ Derzeit plant man auch den Patient*innen in Zukunft die Möglichkeit zu geben, Heilpflanzen kennenzulernen und den Anbau von Bio-Nahrungsmittel für zu Hause zu erlernen.

Als ich ihn fragte, ob er Lust habe, mich bei meinem nächsten Besuch bei Meshack zu begleiten, war er sich unsicher, er meinte er würde dort vermutlich nichts lernen. Unser Weg führte uns weiter zwischen grünen Büschen, doch bald danach querten wir eine trockene Ebene. Uns wehte der Staub in die Augen und nur vereinzelt fanden wir ein, zwei Blüten. Wir machten uns also auf den Weg nachhause. Als wir die Häuser von einigen Klinikteammitgliedern passierten, stand in der Mitte des Gemeinschaftsgartens ein riesengroßer Busch mit vielen Blüten. Kurzerhand entschied sich Samson, die Blüten des Baumes zu pflücken, er meinte, dies sei kein Problem, niemand würden die Blüten hier sonst verwenden. Als wir nach vier Stunden Sammeln endlich fertig waren und in das Säckchen blickten, war der Boden nur ein paar Zentimeter mit Blüten bedeckt. Erneut zeigt sich hier der Einzug der nichtmedizinischen Dimension (Chabrol und Kehr 2020), der Umweltbedingungen im Erwerb von Ressourcen, zugleich zeigt uns die Suche nach Heilpflanzen auch die Verwicklung von *waganga* und einem „traditionellen Heiler“ der Klinik. Es sind Materialien aus dem Heim des *waganga* die Einzug in die Klinik nehmen, also „times and ways that [...] clinical practitioners [...] implicate [...] the clinic in the home of the healer [...] and vice versa“ (Langwick 2011, 236).

An einem anderen Tag ging ich erneut am Grundstück von Meshack vorbei, dieses Mal mit Akili einem Guide der NGO und Freund von mir. Am Wegrand an dem Akili eben noch Pflanzen pflückte, stand eine Giraffe. Als wir bei Meshack ankamen, sagte er freudig, er habe mich und Akili dabei beobachtet, als wir Selfies mit der Giraffe machten. Wir mussten lachen und setzten uns auf drei Hocker an die Hauswand. Akili zeigte Meshack die Pflanzen, die wir mitgebracht hatten und fragten ihn, was welche Pflanze könne. Akili notierte sich alles in einem Notizbuch, er wollte von Meshack mehr über die Pflanzen lernen, denn manche Pflanzen seien *poison* und er wolle nicht *poison* zu sich nehmen. Meshack erklärte uns jede einzelne Pflanze, über Wurzeln, die man kocht und trinkt zur Reinigung gegen *poison*, Dampf, den man einatmet und Holz zur Stütze eines verletzten Beines. Manche Pflanzen waren allerdings nicht zur Heilung, sondern zum Kochen oder Zähneputzen. Akili übersetzte Meshacks Worte für mich, der soeben sagte „If you use more of nature, you don't get sick if you use nature medicine. But Pharmacy you will be sick again, it will repeat.“ Akili fügt hinzu, „they learned because all ages lived together,“ man lernte voneinander und von der Natur. Meshacks zu Hause liegt nahe an der Grenze zum Arusha Nationalpark. In den letzten

Jahren haben sich die Grenzen hier oft verschoben, auch Meshack hatte Land und ein Haus verloren. Der Arusha Nationalpark hatte allerdings auch auf sein Wirken als Heiler Auswirkungen, nicht nur die Heilpflanzen, die im Park waren, er und einige andere Heiler*innen hatten im Park Bienenstöcke. Seit einiger Zeit durften sie aber nicht mehr in den Park, um den Honig von dort zu ernten. Er erzählte von früher, Akili übersetzt: „Before everything was fine, you just go and find trees. You just went inside.“ Nach einiger Zeit erwähnte ich Karolina und Helene, die beiden Projektleiter*innen. Er erzählte, als Helene hier ins Dorf kam, habe er am Anfang viel Zeit mit ihr verbracht. Allerdings habe Karolina mehr Interesse an den Pflanzen. Erst vor kurzem sei er mit ihr unterwegs gewesen und er habe ihr Pflanzen und ihre Wirkung gezeigt. Es ist nicht nur Wissen, sondern es sind auch Materialien, die sich zwischen den Räumen und Personen bewegen. Es zeigt sich hier die „multiplicity of relations and histories“ (Langwick 2021, 294), wie sich durch staatliche Regulierung der Raum, in dem sich Meshack bewegte und Arzneimittel sammelte, änderte und zugleich in diesem eingeschränkten Raum nun *waganga* und Akteur*innen der Klinik Materialien sammelten und interagierten, es zeigt, wie Verwicklungen durch Akteur*innen stattfinden (Langwick 2011, 236). Ich möchte hier verweisen auf die Szene, die am Beginn dieser Arbeit [Einleitung] stand, als ich Meshack ein anderes Mal mit Akili aufsuchte. Dieses Mal lag eine Augensalbe aus der Apotheke der Klinik auf dem Tisch des *mganga wa asili*, die ihm Nio der Pharmazeut der Klinik überreicht hatte. Hier zeigt sich im Gegensatz zu oben die „times and ways that [...] healers [...] implicate [...] the clinic in the home of the healer [...]“ (ebd., 236).

Ein Blick auf die Apotheke und den Alltag von Nio, dem Pharmazisten der Klinik, zeigt uns hingegen „times and ways that [...] clinical practitioners [...] implicate the modern in the traditional [...], science in the nonbiomedical, and vice versa“ (Langwick 2011, 236). An manchen Tagen half ich Nio bei der Inventur. Stück für Stück zählten wir Verpackungen, manchmal auch jede einzelne Tablette. Wir notierten uns alles auf Listen, die Nio vorbereitet hatte. An anderen Tagen übertrugen wir alle Zahlen in das Verwaltungssystem am Laptop oder ordneten neue Lieferungen ein, die aus der Stadt ankamen. Die Lieferungen mussten überprüft, gezählt und in das geordnete System des Lagers eingeordnet werden. Manchmal war hier auch nichts zu tun und wir staubten die Auslage der Medikamentenvitrine ab und ordneten die Medikamente für das optische Erscheinungsbild. Die Apotheke verfügte auch über ein abgesperrtes

Regal, in dem Medikamente mit Suchtpotential abgesperrt aufbewahrt wurden. Über die Vergabe dieser Medikamente musste Nio zudem Buch führen und an das *District Health Department* einen Report abgeben. Da manche Medikamente bei besonderen Temperaturen gelagert werden mussten, verfügte die Apotheke auch über einen Airconditioner und manches wurde im Kühlschrank des Labors aufbewahrt. Die „biomedical regulations“ (Street und Coleman 2012) haben Einfluss auf Nios Alltag und die Abläufe in der Apotheke. Allerdings gestaltet sich auch hier dies als weitaus komplexer. Mehrmals erzählte mir Nio, dass er gerne die *natural medicine* der Klinik und die *natural medicine*, die er von zu Hause kannte, einnehme wenn er krank sei: „I didn't took medication, Karolina prescribed me tea from the remedy department.“ Auch in anderen biomedizinischen Räumen nimmt Nichtbiomedizin durch die Einnahme des Klinikpersonals von *dawa za asili* Einzug. Manchmal ist auch institutionell die Anwendung von *dawa za asili* empfohlen (z.B. Heilhonig bei der Wundversorgung oder EM und OXO (*dawa za asili*) für die Mundspülung im Zahndepartment).

Indem ich in diesem Abschnitt die Bewegungen der Materialien in der Klinik und außerhalb der Klinik durch die Individuen skizzierte, zeigte ich die Interferenzen und Unterbrechungen (Langwick 2011, 2008) aber auch die “multiplicity of relations and histories” (Langwick 2021, 294) die weitaus komplexer als eine klare Trennung zwischen Personen, Ort und Arzneimittel, wie vom Staat erwünscht, ist (ebd., 294). Es sind Praktizierende, die ihren Patient*innen Medikamente verschreiben und sich mit ihnen gemeinsam in den nächsten Raum bewegen um ihnen diese zu erklären und zu überreichen. Es sind die Patient*innen, die *dawa* (synthetische Arzneimittel) aus der Apotheke und *dawa za asili* (Arzneimittel basierend auf Naturstoffen) aus dem *Remedy Department* abholen und beides in ihrem Körper vereinen. Es sind Krankenpfleger*innen, die aufgrund ihrer biomedizinischen Ausbildung zur Erklärung der Symptome ihren Patient*innen biomedizinische Konzepte heranziehen und zugleich als Heiler*innen *Remedies* heranziehen um zu behandeln. Es sind Personen des Klinikteams, die Paracetamol (synthetisch) zur Schmerzlinderung und Moringa (Naturstoff) zur Immunstärkung einnehmen. *Dawa* ist in der Klinik im intersubjektiven Austausch in Bewegung.

7.2 Synthetische und pflanzliche Arzneimittel in der Klinik

Wie in Kapitel 6.1. dargelegt handelt es sich bei der Klinik um einen Raum der multiplen Ordnung (Street und Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239) in dem unterschiedliche

Epistemologien und Ontologien aufeinandertreffen. Dennoch ist er auch durch den biomedizinischen Referenzrahmen gekennzeichnet, der maßgebend dafür ist, was sichtbar gemacht wird (Street 2014, 12–19). Allerdings stößt Biomedizin an seine Grenzen (siehe Langwick 2011; Livingston 2012; Street 2014), wodurch der biomedizinische Referenzrahmen, lokal und abhängig von den Personen die mit ihm interagieren und ihn ausverhandeln, neu zu denken ist (Street 2014, 12, 255). Wie Kapitel 6.3 beispielhaft zeigt, sind hierfür persönliche Beziehungen und (Heil)erfahrungen ausschlaggebend. Insbesondere in einer postkolonialen Heillandschaft wie in Tansania, in der die Unverhältnismäßigkeit zwischen der konstruierten Kategorie „TM“ und „MM“ in dem staatlich kommunizierten Pluralismus und dessen Formen von Integration besonders deutlich wird (Langwick 2008, 428–429; 436, 2011, 235), gilt es zudem zu erörtern „what has the right to exist“ (Langwick 2011, 232). Neben Biomedizin findet Nichtbiomedizin Sichtbarkeit in der Klinik. Auch sie und ihre Grenzen wird lokal ausverhandelt, wie auch Auseinandersetzungen von Langwick (2011, 235–37) und Marsland (2007) beschreiben. Im Laufe des Kapitels zeigt sich die beigemessene Bedeutung unterschiedlicher Akteur*innen von *dawa za asili* (Arzneimittel basierend auf Naturstoff, „traditional medicines“, „natural medicines“, „herbal medicines“, „natural remedies“) und *dawa za kisasa* (synthetische Arzneimittel, „modern medicines“, „pharmaceutical medicines“) in der Klinik. Zusätzlich stellte ich fest, dass auch Wirksamkeit von Materialitäten hier individuell ausgelegt ist und bekräftige daher Craigs Auffassung Wirksamkeit als eine intersubjektive Angelegenheit zu verstehen (Craig 2012, 7–8).

Während der Staat die Implementation von „dualen traditionellen und modernen Gesundheitseinrichtungen“ verfolge (Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children 2021) und die Worte „traditionell“, „modern“ Anwendung fänden, so nehmen im Alltag des Klinikpersonals diese Begrifflichkeiten kaum Raum ein. Obwohl man auf Medizin zurückgreift, die auf staatlich anerkannte, pflanzliche, mineralische und tierische Materialien beruht und in die Kategorie „TM“ zusammengefasst wird (Langwick 2021), sprach das Klinikteam stattdessen tendenziell von „natural medicine“, „natural healing“, „remedies“ „dawa za asili“. Für Biomedizin hingegen fänden häufig die allgemeinen Begriffe „medicine“ und „dawa“ Anwendung. Die Anthropologin Elisabeth Hsu weist in Bezug auf „traditionelle chinesische Medizin“ in Tansania auf die Vielfalt des Verständnisses von „TM“ und

„MM“ hin. Dabei konnte Medizin beispielsweise „wissenschaftlich“ und „traditionell“ gleichzeitig aber auch einfach nur „natürlich“ sein“ (Hsu 2002, 307–8). Hinzufügen möchte ich, dass die Personen die in der Klinik als „traditionelle Heiler*innen“ registriert sind, weder vom Team noch von sich selbst als *waganga* oder „traditionelle Heiler*innen“ bezeichnet werden. Stattdessen, identifizieren sie sich vielmehr über das zugewiesene Department und den dort stattfindenden Prozessen. Man verwendet zudem in der Klinik nur selten das Wort *uganga* (Heilung, oftmals in Verbindung mit „TM“), sondern institutionell findet das Wort *uponyaji* Aufmerksamkeit und auf intersubjektiver Ebene *matibabu* oder *matibabu asilia* (Naturheilung). Praktizierende verhandeln daher das Verständnis und die scheinbaren Grenzen von dem was „TM“ und „MM“ ist sprachlich aus. Das Klinikpersonal unterscheide sich von anderen Heiler*innen und Kliniken die *dawa za asili* anbieten unter anderem auch durch die Wahl der Worte.⁵⁴

Das Klinikteam, aber auch die Patient*innen und die Bewohner*innen der Region identifizieren die Klinik über Materialitäten, über *dawa za asili*, die in der Klinik anzutreffen sind, so nennen Patient*innen die Klinik auf Swahili auch manchmal „*Kliniki ya Tiba asili*“ (Klinik für Naturmedizin). Im Zuge eines Fußball- und *Netball*-Turniers kamen die Optikerin Rose und der Allgemeinmediziner Bakari auf den Team-Namen *Team Oxo*, denn sie seien so stark wie Oxo, Oxo ein beliebtes *Remedy* der Klinik, das unter anderem als Antiseptika und gegen Infektionen und *Toxification* Anwendung findet. Der Name blieb. Während desselben Turniers kamen die Zuschauer*innen hingegen auf den Namen „Moringa eaters“,⁵⁵ denn in der Klinik würde man ständig Moringa essen und bekommen, erzählt mir eine Lehrerin und Schüler*innen lachend.

Patient*innen aus ganz Tansania, aus Dar es Salaam, Tanga, Dodoma, würden in die Klinik kommen, um hier Heilung zu erfahren, erzählte man mir im Laufe meiner Aufenthalte immer wieder. Was die Patient*innen hier her bringe, da waren sich der Pharmazeut Nio und die *Remedy Maker Assistants* Samson, Joyce, Stella und die *Medical Attendants* Shani alle einig: *Natural Remedies*! Denn „School medicine is available everywhere“, erklärte Shani. „*Our Remedies*“ und die Tatsache, dass in der

⁵⁴ Auch andere Aspekte erachtet man zentral. Andere Expert*innen würden Remedies als „Buisness“ betrachten und häufig nicht wissen, wie man Remedies richtig anwendet: „They don’t talk with the patient. They don’t love.“ Joyce erzählte von einem Besuch bei einem *waganga*, sie war lediglich als Begleitung dabei, das Haus wäre klein gewesen, man hatte kaum Platz und kam in keine liebevolle Umgebung, sie hatte sich nicht wohl gefühlt.

⁵⁵ In der Klinik werden die Blätter, Wurzel und Samen des Moringa Baumes insbesondere zur *Detoxification* und als Multivitamin verwendet.

Klinik sowohl „modern treatment“/„the school medicine“ als auch „natural treatment“ angeboten werden, sei der größte Unterschied zwischen ihnen und anderen Expert*innen und Kliniken. Auch in Arusha Stadt und überall anders gäbe es „herbal clinics“ und „local, traditional [medicine, comment by J.A.]. [...] we have this other medicine. But people come here for this,“ sagte Samson und hebt ein Päckchen Panaceo (*Remedy*, Anwendung insbesondere für Darmbeschwerden) in die Höhe. Hier in ihrer Klinik gäbe es Remedies von „abroad“ und alle *Remedies* seien überall anders kaum leistbar. Ein weitere Besonderheit sei laut Joyce, dass man „*natural remedies*“ und „*school medicine*“ zusammen bekommen könne. Man könne einen „*professional doctor*“ sehen, könne ins Labor, zum Ultrasound und vielen anderen „machines“ und die würden dann feststellen welche *natural remedies* die Patient*innen brauchen und verschreiben ihnen diese. Im Laufe meines Gesprächs mit Nio fügte er hinzu,

[...] others they are just coming for the chemistry one. So it depend on the condition of the patient and the trust of a patient. So you can even, sometimes they get prescribed both, natural and chemistry medicine, but it depends sometimes, it depend with the doctor, doctor preference.

Das zeigt auch die Individualität und lässt vermuten, dass intersubjektive Begegnungen zentral für die Wahl ob man „synthetische“ oder „natürliches“ *dawa* verschreibt. Die individuellen Entscheidungen/Vorlieben dürfen auch mit persönlichen Erfahrungen in Verbindung stehen. Stella betonte, dass viele der Patient*innen durch Biomedizin keine Heilung erfahren haben und deswegen ihre Hoffnung in die *Remedies* legen:

[...] sometimes you can write down the school medicine and combine it with natural remedies. They [the patients, comment by J.A.] say I can use the natural remedies I will be healed. And you ask the patient, 'Why?' The patient say, 'I used a lot of school medicine, but I didn't see the results. So let me use the natural remedies.'

Immer wieder betont man die Toxizität und die Nebenwirkung von Biomedizin und stellt sie den *Remedies* und ihrer natürlichen Wirkung gegenüber. So meinte Samson „All natural, no poison.“ und Shani „[...] it comes from the natural, this is not a chemical.“ Auch Stella fand ähnliche Worte: „And natural remedies you can't not get kidney failure, you cannot get problem of the liver.“ Auch Nio vertrat diese Ansicht: “[...] they don't have such as sideeffects or complications compared to these modern medicines. So for me traditional medicine they are very, very good.”

Auch die Wirkung von *dawa za kisasa* und *dawa za asili* stellte man in meinen Gesprächen oft gegensätzlich dar. Während die Biomedizin schnell wirke (Nio „Quick effect“) würde Nichtbiomedizin langsam wirken (Nio: „work very slowly and the result takes time“). Während in den Gesprächen *dawa za asili* Heilkraft zugesprochen wurde, sah man in *dawa za kisasa* oftmals nur eine Linderung/Erleichterung von Symptomen. Shani meinte beispielsweise „healing of natural remedies goes slowly but sure. School medicine it can stop and you can stay two days and again you get the headache.“ Auch Nio ist der Ansicht, dass Biomedizin nur „cool down the symptoms“ wohingegen „natural remedies heals“, allerdings im Falle, dass er schwer krank sei und „quick relief“ benötige würde er auf synthetische Arzneimittel zurückgreifen.

Manchmal beobachte ich wie man *Remedies* (und Diet) als notwendig erachtete um erst biomedizinische Praktiken wirksam zu machen. Beispielsweise hatte Peter (Physiotherapeut) Shani zu sich gerufen als er ein Baby mit Muskelschwäche bei sich hatte, denn bevor die physiotherapeutischen Übungen erst wirken könnten, müsste das Kind und die Mutter durch Nahrung und Remedies gestärkt werden. Karolina und Nio wiederum betonten die unterstützende Wirkung von *Remedies* in einem Heilungsprozesses und die präventive Wirkung (durch Stärkung des Immunsystems). Auch folgende Beispiel von Shani macht die Verwicklung von *dawa za asili* und *dawa za kisasa* sichtbar:

And sometimes when the patient comes here, maybe taking diabetic medication [...]. We ask them just continue school medicine and natural remedies. And at the time being when the blood glucose comes in a good level or is being controlled we stop the school medicine and they continue only with natural remedies.

Hier scheint ein Verweis auf Langwick und ihre Auffassung von *body multiple* angebracht. Diese unterschiedlichen Zugänge wie man biomedizinische und nichtbiomedizinische Materialitäten hier vereint, kann man sich dadurch erklären, dass unterschiedliche Versionen des Körpers behandelt werden und daher auch nur ihre gemeinsame Behandlung (Langwick 2008, 429, 437, 2011, 22–25) im Weiteren die Heilung ermöglichen.

Es zeigte sich allerdings auch, dass Anwendung und Wirkung auch individuell ausgelegt wird. So meinte beispielsweise Amina (Rezeptionist): „Some people only come for Karolina. They believe if they will be seen by Dr. Karolina they will be healed already.“ Wieso Karolina und „ihre“ Medizin als besonders erachtet wird und Personen

von weit herkommen um sie zu erhalten, könnte damit in Verbindung stehen, dass man die Wirksamkeit von Objekten der Heilung in Verbindung mit der Distanz stellte (Rekdal 1999, 458–59). Auch, dass Shani, die in der Klinik auch als Ernährungsberaterin fungierte, die Wirkung der *Remedies* in Verbindung zu guter Diät und Bewegung stellt zeigt ebenfalls die individuelle Auslegung. Wohingegen Nio Konzepte aus der Biomedizin heranzog um die Wirkung zu erklären:

[...] the difference between these two kind of treatment between modern one and traditional medicines, modern one the way they are designed, how they perform their work mechanism of actions is just designed to work/ they have a certain halflife.

Die Erklärung, ob die Anwendung von *dawa za kisasa* und *dawa za asili* gemeinsam erfolgen könne oder ob diese die gemeinsame Anwendung einen Unterschied mache, stützte Nio ebenfalls auf biomedizinisches Wissen: “No change, or any interference between these two forms of medications, there is no any effects. They just work perfectly, effective, so no interference.” Er fügte hinzu:

[...] of course it is good to integrate both modern one and traditional medicines. Because there are some patients or conditions that they need a quick relieve so they can use this modern medicines. [...] Because at the end of the day we rely on the same standards. [...] because there are some medications that are even traditional ones, you cannot give them to certain patients because of his or her conditions or whatever. [...] The important is just to ensure the effective, effective use of this both traditional and modern medicines.

Nicht nur Nio zieht, basierend auf seiner biomedizinischen Ausbildung als Pharmazeut biomedizinisches Wissen und das Narrative der Biomedizin und des Staates von „Standards“, „Integration“ „Effektivität“ heran. Auch Joyce erklärte, sie sehe die Notwendigkeit der Forschung über *Remedies*: “The big thing is in natural they have to get a lot of research of those natural remedies so that we cannot get poison in our bodies.” Der Grund weshalb man “wissenschaftliche Standards” oder “Forschung” als notwendig erachtet, scheint darin zu liegen, dass aus Sicht einiger Personen des Klinikpersonals auch Nichtbiomedizin eine Gefahr für den Körper darstellen könne und *Toxine* Nebenwirkung herbeiführen können. Um das zu vermeiden, bräuchte es ausreichend Wissen. Beispielsweise erzählten mir Stella, Joyce und Samson, dass nicht jede*r Heiler*in wüsste, dass es eine giftige und eine heilende Wurzel des Moringabaums gäbe. Das müsse man lernen, um die beiden Wurzeln voneinander zu unterscheiden. Wirksamkeit koppelt man daher in diesem Kontext an die Idee von biomedizinischer Überprüfung.

Zwar wiederfuhr die Beziehung zwischen Natur und Mensch durch den Kolonialismus einen Wandel und folglich deklarierte der Staat nur medizinwissenschaftliche Materialien als wirksam (Langwick 2011, 235), allerdings zeigt sich in der Klinik dennoch, dass der Natur eine heilende Wirkung zugesprochen wird weil es sich „einfach“ um Natur handelt. Sowohl Shani als auch Joyce betonen, dass die durch den Kolonialismus gebrachte Medizin *Toxine* und Nebenwirkungen mit sich brachte und ihre Großeltern dieses Problem nicht hatte, so Joyce: „But in natural remedies we can see our past grandfathers, grandmothers when they use it, they were not getting a lot of death, no sideeffects a lot,“ das Wissen ihrer Großeltern sei anders gewesen. Shani sieht darin auch den Grund wieso Leute die *dawa za asili* ihrer Klinik schätzen, weil vor dem Kolonialismus keine Biomedizin, da war und nur Natur und in der Natur seien keine Toxine. Shani sieht in der *natural medicine* die Karolina in die Klinik einbringt, die Möglichkeit verlorenes Wissen zurück zu bekommen: “But so now Karolina is coming, like giving out the roots which was been burned down she come again.” Allerdings jene Personen die das Wissen behalten hätten, die hätten es heimlich getan: „[...] they were given it in a hidden place, they given it not in exposure. They given it not in a good systematic, [...] maybe when they give it to someone, they pass away.” Karolina würde auch neues Wissen bringen, so lernen sie von ihr beispielsweise was toxisch ist und dass nicht jede Person jede *remedy* verträgt.

Zusammenfassend zeigt sich in diesem Abschnitt, dass in der Klinik die gemeinsame Anwendung von Biomedizin und Nichtbiomedizin überwiegend als notwendig erachtet wird. Um sicherzustellen, dass sie sicher und nicht „toxisch“ sei, scheint der biomedizinische Referenzrahmen als Lösung gesehen (biomedizinische Abklärung oder die biomedizinische Überprüfung der *Remedies*). Wobei der biomedizinische Referenzrahmen sowie die Frage was Nichtbiomedizin ist abhängig von Blickwinkel. Es zeigt sich allerdings auch, dass die Anwendung und Auswahl der Medizin sich abhängig von Beschwerden, Patient*in und Praktizierenden darstellt. Die vorgehenden Ausführungen zeigen wie die Wirksamkeit von *dawa za asili* und *dawa za kisasa* und deren Zusammenspiel in permanenter Diskussion und ständig neu ausverhandelt wird und im Sinne von Craig als intersubjektive Anglegenheit zu verstehen ist (Craig 2012). Auch was in der Biomedizin und Nichtbiomedizin in der Klinik legitimiert ist und sein darf - „what has the right to exist“ (Langwick 2011, 232) - ist damit im Detail permanent Veränderungen unterworfen.

8. “Heal from where you are“

Wie Heilung seitens des Staats auszusehen hat und welche Vorgaben für die Ausübung von Heilung anzutreffen sind, wurde bereits im Kapitel 5, thematisiert. Wie Heilung nun in der Praxis gefasst und praktiziert wird und wie postkoloniale Heilung (ebd.) in der Klinik sich gestaltet, ist nachfolgend erörtert. Wesentlichen Einfluss üben dabei das Gefüge der Dimensionen, Beziehungen und die daraus entstehenden Erfahrungen und das Wissen aus. Dieses Kapitel widmet sich der Frage, wie die Klinik als Ort der Heilung verstanden wird und wie Heilung darin zu verstehen ist. Es ist ein Raum der Interferenzen und Unterbrechungen zwischen Epistemologien und Ontologien und zwischen nicht Biomedizin und Biomedizin (Langwick 2008, 2011) und zwischen Medizinischen und Nichtmedizinischen und Ambivalenzen zwischen institutionellen und pragmatischen Beziehungen. Sie alle werden in intersubjektiven Begegnungen täglich ausverhandelt um Heilung zu ermöglichen. Multiplizität als ein Gefüge das „vary in space and time“ und das abhängig von „perspective, interpretative angle and conceptual framing“ (Chabrol und Kehr 2020) ist, ermöglicht uns diese intersubjektiven Ausverhandlungen und Verwicklungen sichtbar zu machen. Es zeigt sich, dass das anzutreffende Heilungsverständnis über Materialitäten, wie die Remedies und Gebäude, hinausgeht. So betont Karolina: „Gebäude alleine machen Behandlung noch nicht ausreichend“. Liebe zu ihrem Beruf, Liebe zu Patient*innen sei das Erfolgsrezept der Klinik. Dieses Kapitel zeigt auf, dass Handeln und das Behandeln im Fokus des Klinikteam steht, nicht die Differenzen (Langwick 2008). Es werden neue Realitäten (ebd.) und neues Verständnis von Heilung verhandelt. Zentral ist dabei, die Patient*innengeschichte und der Patient*innenzustand steht im Mittelpunkt (ebd.).

Die Klinik kommuniziert durch die Projektleiterin (Reden, Vorträge, Dokumente) Behandlungsgrundsätze mit dem Team. Das Ziel der Klinik, des Teams, sei es demnach holistisch zu heilen. Karolina versteht (holistische) Heilung dabei als einen Prozess, der auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet, sowohl auf der physischen, körperlichen Ebene, auf energetischer (Energiekörper), emotionaler und mentaler Ebene, als auch auf spiritueller Ebene. Glaubenssätze und Traumata können blockieren und folglich Heilungsprozesse erschweren und Krankheiten hervorrufen. Spiritualität trägt zur Heilung bei, indem sie Menschen einen Sinn geben kann und sie wieder mit ihrem Ursprung verbindet. Heilung ist, Türen zu öffnen und mit Hilfe der

Mittel, die es gibt, Blockaden aufzulösen. Dabei sei es wichtig Menschen zu begleiten, indem man die Person in die richtige Situation bringt, Aussagen trifft, Impulse aber auch Mittel gibt. Die Aufgabe als Heiler*in ist zu begleiten, denn die tatsächliche Heilung finde im Inneren statt. In den Augen von Karolina scheint es wichtig zu sein, dass Patient*innen sich selbst heilen. Dieses Begleiten während des Heilprozesses, von dem die Rede ist, scheint mir sehr nah mit Karolinas Auffassung von *Care* zu stehen. *Care* ist für sie, sich auf den Menschen wirklich einzulassen, sich mit ihm auseinanderzusetzen und ihm zu helfen. Ohne, dass man sich auf jemanden einlässt, gäbe es keine Heilung. Behandeln, versteht Karolina als einen Aspekt von Heilung und bedeutet für sie jemanden anzugreifen, zu berühren, sich um jemanden zu kümmern. Es würde aber auch Patient*innen entmündigen, ihnen zu sagen "ich behandle dich", damit stelle man sich über die Patient*innen, anstatt ihnen dabei zu helfen, Heilkräfte in sich zu generieren, vermittelt man den Patient*innen, dass man als behandelnde Person etwas mit ihr mache. Karolina weist allerdings darauf hin, dass es Phasen gibt, wo eine Behandlung wichtig ist. Sie möchte die Taten in der Klinik nämlich nicht limitieren und für sie umfasst Heilung mehr als *Care* und Behandeln. Neben zu behandeln, wird auch aufgeklärt, gestützt, oder einfach nur zugehört. Zuhören sei manchmal wichtiger als behandeln. Die Klinik wird in ein präventivmedizinisches Zentrum und ein naturheilkundliches Zentrum unterteilt. Der Fokus auf Präventivmedizin sei vorhanden, damit man sich nicht nur auf Kranke einlässt, sondern auch auf Gesunde, Personen, die das Interesse daran haben, gesund zu bleiben. Man müsse zudem den gesamten Körper berücksichtigen. Auch im Klinikalltag wird dieser holistische Zugang sichtbar. Patient*innen die mit unterschiedlichen Beschwerden (z.B. Zahnschmerzen und Bauchschmerzen) kommen aber durch die Gespräche und unterschiedlichen Verfahren auch eine Diagnostik anderer Teile ihres Körpers oder anderen Versionen ihres Körpers (Langwick 2008, 2011) erfahren.

Im Laufe meiner Arbeit versuchte ich Aspekte der Heilung zu erörtern, besprach mit den Forschungsteilnehmer*innen was für sie Heilung ist, beobachtete welche Materialien verwendet wurden und was für Abläufen Heilung in der Klinik folgt, welches Wissen, welche Objekte, Subjekte und Expert*innen Legitimierung erfahren. Ich könnte diesen Heilungsprozess wie folgt erläutern. Patient*innen kämen aufgrund von Symptomen in die Klinik. Symptome beschreibt man in der Klinik, wie mir erklärt wurde, mit biomedizinischen Konzepten. In der Klinik suche man auch nach der Ursache,

wieso es zu einem Symptom kam, was dahinter stecke. In der Begegnung zwischen Praktizierenden und Patient*innen zeigen sich unterschiedliche Ursachen für Schmerz, Leid und Krankheit. Ursachen stellen sich häufig als nicht-(bio)medizinisch heraus (z.B. meint die Remedy Maker Joyce, Männer und deren Verhalten seien oft der Grund fürs Kranksein) wodurch auch die Lösungen mehr-als-(bio)medizinische Elemente beinhalten müsse (z.B. finanzielle Unterstützung). Es gibt manchmal institutionalisierte Abläufe (z.B. biomedizinische Diagnose bevor nichtbiomedizinische Behandlung), andere ergeben sich spontan.

Auch wenn ich in der Klinik auf institutionalisierte Abläufe (z.B. biomedizinische Diagnose) traf, so ist der Heilungsprozess wie er in der Klinik gefasst wird, weitaus komplexer. Das steht meiner Ansicht nach auch in Verbindung damit, wie man den Ort als mehr als einen Ort der Heilung konzipiert. Das Klinikteam stellte häufig Essen, Liebe, Gebet, Natur mit Heilung in enge Verbindung. Dem Kapitel möchte ich Shanis (zertifizierte „traditionelle“ Heilerin und *Medical Attendant*) Aussage voranstellen:

You know people are healing from environment, people healing from nature. [...] The foundation of our creation is nature [...] the healing starts from environment, the healing starts from where you are. It means like for example when you be treated at home, and the people doesn't care or you study at college and they making noise your concentration is losing out. But the nature is starting healing us, so it is like a foundation of our healing. [...] So for example when someone is at home, they are at home, maybe the relatives they treat, there is the noise, television, talking or in university when you studying there is a lot of noises, that's mattering for the healing, it is so different from here. [...] So there is a different between a person who is at home and the person who is in the hospital here. Or the person who goes to the hospital in town and coming here, there is a big difference. The nature of here it starts healing, they pass through the forest, they came here, that's the nature which is starting to healing them [...]

In meinem Gespräch mit Shani betont sie, dass "healing starts from where you are." Dabei bezieht sie sich nicht nur auf die Umgebung als Natur sondern auch die Atmosphäre, die Liebe und Fürsorge in der Klinik. Darauf aufbauend möchte ich folgend vier zentrale Narrative thematisieren, die das Klinikteam und Karolina im Klinikalltag kommunizieren: Die heilende, beruhigende Wirkung der Natur, die Heilkraft des Klinikteams läge in Liebe, Fürsorge und Mitgefühl, Gott als Heiler und die Klinik als unterstützende Familie.

Besonders deutlich, welche Wirkung das Klinikpersonal der Natur und der Umgebung in der Klinik zumisst, zeigen mir Joyce und Stella als wir eines Tages beim Mittagessen im Freien saßen. Wir schauten zur Grenze des Waldes und zum Fluss. Joyce erzählte, dass Wasser heilen könne, "most of us believe that it can heal us just

by feeling, hearing and seeing it, you don't even need to touch it.“ Die Nähe zum Fluss sei ein Grund, weshalb so viele der Patient*innen begeistert von der Klinik seien. Einige Patient*innen meinten, dass die bloße Anwesenheit in der Klinik bereits einen positiven Einfluss auf sie habe. Doch nicht nur die Natur bestehend aus Fluss, Bergen, Bäumen, auch die Infrastruktur sei ausschlaggebend, so fügte Joyce hinzu, dass die Gebäude so schön sind und Patient*innen sich fühlten, als wären sie in einer Lodge. Auch Shanis Aussagen machen der Natur beigemessenen Wirkung deutlich:

[...] even other patient they come and be healed before they meet the doctors because of the nature. [...] so it starts healing from inside, for them it comes the roots of healing and starts growing. And when they go to meet the doctor, they just like you bring up the crops, bring up the fruits of healing but it has started [...] from when they have reached here.

Das Narrativ von „Liebe“, „Fürsorge“ und „Mitgefühl“ wird im Klinikalltag sowohl institutionell betont als auch intersubjektiv sichtbar. Immer wieder finden diese Worte in Karolinas Aussagen und Reden einen Raum. So meinte sie bei der Eröffnungsrede der Klinik:

But the secret of this wonderful team (..) is the love that they have for their profession [...], but the very most important thing [...] they love the patients that come to them. This is our secret. Not the machines, not the buildings, the love we have for everyone who comes and searches for help.

Die wichtigste Maschine in der Klinik sei das Herz: „This is the machine that will heal you if your heart is open.“ Ein Narrativ der Liebe, das zwar durch die Klinik/NRO und Karolina bekräftigt wird, das allerdings tagtäglich im Alltag stattfindet.

So erzählte mir Peter (Physiotherapeut), dass vieler seiner Patient*innen nicht gehen könnten, alt und gebrechlich seien. Von dem Fenster seines Departments könne er auf die Einfahrt der Klinik sehen. Jedes Mal, wenn dort Patient*innen ankämen und er sehe, dass sie Schwierigkeiten beim Gehen haben, einen Rollstuhl brauchen, laufe er hin und versuche zu helfen. Er erzählte davon, als er seinen eigenen Großvater ins Krankenhaus brachte, dieser konnte nicht gehen, niemand kam, niemand half ihnen, es machte ihn so wütend. Deswegen mochte er das hier ändern. „You can't wait them to come here. You need to start outside there, before they step over the doorstep. You need to show them 'I care about you.'“. Hier vor der Klinik, „vor der Türschwelle“ würde Heilung beginnen. An der „Türschwelle“ der Klinik werden Patient*innen im Alltag sonst meist vom Wachpersonal und dem Gärtner empfangen

und erste Unterstützung angeboten, dadurch sind auch diese Akteur*innen Teil des Heilungsprozesses wie in das Klinikteam versteht.

Inmitten dessen sahen sich Patient*innen, aber auch das Klinikteam, mit Prekarität konfrontiert. In solchen Situationen scheint oftmals Glaube der Anker zu sein. Allerdings betonten Praktikantin Mabel und *Clinical Officer* Nalah auch: „Faith needs action.“ Nalah und Happy erzählten mir von Priestern, die behaupteten, sie könnten durch Gebete eine Person heilen, man müsste sie allerdings bezahlen. „They make it to be a business,“ erklärte Nalah. Es sei nicht in Ordnung, Kranken die Hoffnung zu geben. Auch Happy und ich waren bei einer Messe in einer Kirche, in der Happy engagiert war, wo für die Heilung von Kranken gebetet wurden. Nur beten sei jedoch nicht ausreichend, betonten Nalah und Happy, man müsse untersuchen und behandeln, man müsse weitere Investigationen anfordern. Wenn Patient*innen negative Resultate erhalten, könne man beten, aber man müsse nach weiteren Lösungen suchen: „Faith without action is failing. You can’t pray only, you also need for example to give painkiller, transfer.“ Dabei wird im Heilungsprozess sowohl Gott als auch den Praktizierenden eine Bedeutung zugemessen: “We make our part, and god makes his part”. Auch Shani vertrat diese Auffassung: „God is the healer, he use doctors as his second hand.“ Shani und Happy trafen sich beinahe täglich mit dem Team nach Arbeitsschluss in Räumlichkeiten des naturheilkundlichen Zentrums. Gemeinsam (Luthertum, Pfingstbewegung, Katholiken) lasen und diskutieren sie Verse aus der Bibel und beteten. Auch am Tag vor meiner Abreise kam es dazu, wir setzten uns alle auf Behandlungsliegen und Sessel im Physiotherapieraum. Happy begann zu reden, sie sprach davon, dass wir an diesem Tag die Gebete auf meine sichere Heimreise richten würden und auf die Heilung von Helene, denn sie hatte am Tag zuvor einen schweren Sturz erlitten und lag im Krankenhaus.

Auch in folgender Begegnung zwischen Nalah und einem Patienten wird dies deutlich. Ein junger Mann schob einen älteren Mann um die 80 Jahre mit einem Rollstuhl über die Türschwelle in den Behandlungsraum herein. Ich saß neben Nalah. Der jüngere Mann nahm Platz und übergabte Nalah einen Zettel, es war der Ärzt*innenbrief aus einem anderen Krankenhaus. Nalah las ihn sich durch, während sie auf Kiswahili mit dem Patienten und dessen Begleitung sprach, reichte sie den Brief an mich weiter, der Patient reagierte kaum. Als sie den Raum verließen, richtet sich Nalah an mich „Did you read?“, ich nickte und sie erklärte, „he has very low kidney

functions, he has diabetes, and so much more.“ Die Krankenhäuser hätten ihnen erzählt, dass sie nichts machen können, deswegen war der Sohn mit seinem Vater hierhergekommen. Ich fragte sie, was sie vorhabe zu machen. “I will transfer him to Helene. With this medicine we can't help him, we can only pray for him. But it is not enough, that's why I send him to Helene,” erklärt sie mir. Später beim Mittagessen begegnete ich Helene. Sie erzählt mir, sie müsse wieder zurück zu ihrem Patienten, man könne dessen Krankheit nicht mehr heilen. Ihn erneut ins Krankenhaus in die Stadt zu schicken und eine Dialyse durchzuführen, sei nicht nur zu teuer für die Familie, sondern auch zu weit entfernt und mit zu vielen Strapazen für den Patienten verbunden. Der Patient würde sterben. Sie könne als Heilerin ihn und seine Familie hierbei nur begleiten. „Irgendwie ist das wohl auch Heilung für ihn,“ fügte Helene nachdenklich hinzu.

Die Klinik gestaltet sich als Ort der Heilung, auch für das Team und dessen Familien. Ein Grund dafür ist, dass das Klinikteam und enge Familienangehörige bei Erkrankungen in der Klinik Behandlungen kostenlos erhalten. Immer wieder war jemand krank. So beispielsweise Grace (Laborassistentin). Als ich sie eines Tages im Labor aufsuchte, ging es ihr nicht gut, sie fühlte sich krank und bat ihre Kolleg*innen ihr Blut abzunehmen. Eine Aufgabe, die sonst in ihren eigenen Bereich fiel, sie teste selber im Labor ihre Werte, später kam ich erneut ins Labor, Grace ruhte sich aus, sie versuchte sich ein wenig zu erholen, bevor die nächsten Proben zu testen waren. Ihr Homoglobin-Wert war niedrig. Nicht nur Grace auch andere Kolleg*innen diagnostizierten oder behandelten sie sich selbst oder durch Teammitglieder. Allerdings meinte Joyce, auch der Kontakt zu Patient*innen hätte eine heilende Wirkung auf sie, es würde sie glücklich machen, wenn es ihr nicht gut gehe. Kiano (Radiologe) betont so wie viele andere in der Klinik den Zusammenhalt und die guten Arbeitsbedingungen, die es ermöglichen sich um ihre Patient*inne zu kümmern: "In the rural area most government hospitals are not good. They don't care about patients. They are rough to the patients. But here everyone is caring." Auch wären hier in der Klinik alle zueinander nett, sie seien wie eine Familie - "...everybody interacts and learns from each other."

Mit „heal from where you are“ beschreibt Shani zu Beginn dieses Kapitels wie Heilung von der Natur, der Umgebung, der Liebe die einen umgibt ausgeht. Es ist beispielhaft für all die anderen Aussagen die dieses Kapitel begleiten. Sie zeigen die

Situationsbezogenheit der Heilung und Behandlungen die im Alltag der Klinik sichtbar werden. Sie finden statt in einem Gefüge der Dimensionen und Beziehungen.

Coda zu Teil 3

Ich argumentiere, dass die Klinik und die Regierung Pluralismus und Formen der Integration artikulieren, die im Dualismus traditionell und modern einzuordnen sind. Im Teil 3 demonstriere ich, dass auch wenn es zur Institutionalisierung der Beziehung kommt, nach wie vor der von Langwick identifizierte Unterschied zwischen institutionell artikuliertem Pluralismus und der pragmatischen Beziehung in der Praxis anzutreffen ist (Langwick 2008, 428–29). Für die Veranschaulichung des Argumentes blicke ich sowohl auf die Institutionen Staat und Klinik als auch den pragmatischen Beziehungen in der Klinik, der Alltag indem das Klinikpersonal im Vordergrund steht.

Die Klinik ist die erste duale Gesundheitseinrichtung die Biomedizin und Nichtbiomedizin entsprechend den staatlichen Vorgaben vereint. Durch die Registrierung unter diesen Vorgaben wurde ein Prozess der Institutionalisierung in Gang gesetzt. Institutionell ist dabei ein biomedizinischer Referenzrahmen zur Überprüfung und sinngemäß für Wissen und den Wissenswege vorgegeben. Legitimierte Praktiken, Objekte, Subjekte sind dadurch reguliert. Die Klinik ist nicht nur Raum der sozialen und biomedizinischen Kontrolle sondern auch der multiplen Ordnung (Street und Coleman 2012; Street 2014). Diese wird durch die intersubjektiven Beziehungen deutlich. Ambivalenzen zeigen sich zwischen der Praxis und dem institutionell Vorgegebenen (z.B. in Raum, Wissen, Praktiken). Es kommt zu Interferenzen und Unterbrechungen von Nichtbiomedizin in Biomedizin und Biomedizin in Nichtbiomedizin. Das Ergebnis ist Multiplizität. Auch die mehr-als medizinischen-Dimensionen - wie z.B. die vorherrschenden (sozialen) Ungleichheiten - machen sich in der Multiplizität sichtbar. Das gleiche gilt für Wissen, manche Wissenswege werden mehr geschätzt als andere. Es zeigen sich unterschiedliche Quellen des Wissens.

Heilung in der Klinik gestaltet sich vielfältig oder mit den Worten von Joyce (*Remedy Maker*): „But just know, healing is life.“

9. Conclusio

Im Laufe meiner Arbeit betrachtete ich die institutionelle, intersubjektive und materielle Ebene einer Klinik am Fuße des Mount Meru, in der Arusha Region (nordöstliches Tansania). Diese tiefgehende Auseinandersetzung ermöglichte mir die Beantwortung meiner zu Beginn formulierten Forschungsfrage wie sich Heilung in einer tansanischen Klinik gestaltet, wenn die Beziehung von Nichtbiomedizin und Biomedizin eine Institutionalisierung erfährt. Durch meine Feldforschung und Vertiefung anthropologischer Literatur und Konzepte habe ich deutlich gemacht, dass postkoloniale Heilung eine Verflechtung unterschiedlicher Epistemologien und Ontologien darstellt (Langwick 2011, 2008). Hier gestalten sich der Körper und der Ort (die Klinik) durch die multiple Ordnung und durch ihre medizinischen und nichtmedizinischen Dimensionen multipel (Langwick 2008, 2011; Street 2014; Street und Coleman 2012; Chabrol und Kehr 2020). In Anbetracht dessen, eröffnet sich auch Heilung selbst in einem Moment der Institutionalisierung in der beforschten Klinik als multipel. Es gilt Heilung in ihrer Verflechtung und dem multiplen Gefüge zu verstehen. Diese multiplen Verflechtungen die sich im Alltag ereignen, werden durch Machtdynamiken mitgestaltet. Insbesondere der Blick in die Geschichte ermöglichte mir diese Machtdynamiken offenzulegen. Obwohl der Alltag der Klinik von einem institutionalisierten, biomedizinischen Referenzrahmen geprägt ist, der beeinflusst, was und wer (Objekte, Subjekte und Wissen) sichtbar wird, materialisiert wird und Legitimierung erfährt (Street 2014; Langwick 2008, 2011), konnte ich durch den Bezug auf Szenen aus dem Alltag der Klinik aufweisen, dass dieser Rahmen intersubjektiv ausverhandelt wird.

Die Diskussion des Spannungsfeldes zwischen den institutionellen Vorgaben und der Praxis betrachtete ich im Kontext der Geschichte. Im Laufe des Kolonialismus kam es nicht nur zur Einführung der Biomedizin in Tansania, sondern erfuhren lokale Praktiken auf staatlich und institutioneller Ebene eine Neudefinierung, statt von *uganga* (heilende Praktiken) und *uchawi* (schadende Praktiken) war nun die Rede von „traditioneller Medizin“ und „Hexerei. Biomedizin und Nichtbiomedizin haben eine gesetzliche Disziplinierung, Legitimierung und Institutionalisierung erfahren. Für die Nichtbiomedizin bleibt aus der Kolonialzeit die Biomedizin als Referenzrahmen anhand der Subjekte, Objekte und Wissen eine Beurteilung erfuhren sowie die Kriminalisierung des „Magischen“.

Die Feldforschung in der ersten tansanischen Klinik, die nichtbiomedizinische und biomedizinische Praktiken vereint, zeigt unter anderem die Ambivalenzen zwischen institutionellen Vorgaben und Praxis auf und verdeutlicht die multiple Ordnung innerhalb einer Klinik, die Epistemologien und Ontologien abweichend vom biomedizinischen Referenzrahmen sichtbar machen (Street und Coleman 2012, 4–9; Street 2014, 239). Es wird zudem deutlich, dass die Unterbrechungen und Interferenzen vom Nichtbiomedizinischen im Biomedizinischen und umgekehrt (Langwick 2011, 2008) sowie das Nichtmedizinische ins Medizinische zur Multiplizität in der Klinik führte. Insbesondere am Beispiel von *dawa* (Arzneimittel) als zentrale Materialität der Klinik, zeigen sich Verwicklungen von Expert*innen, Wissen, Objekten und Orten. Zudem macht dies deutlich, dass Wirksamkeit sowie die Legitimität von Objekten, Subjekten und Wissen intersubjektiv ausverhandelt werden und wie das Konzept der Multiplizität andeutet, sich auch in ständiger Bewegung befindet. Die beschriebenen Szenen machen insbesondere deutlich, dass beispielsweise soziale Ungleichheiten wie Nahrungsknappheit und fehlendes Equipment als nichtmedizinische Dimension (Chabrol und Kehr 2020) den Klinikalltag gravierend prägen. Ich betonte im Laufe der Arbeit die Wichtigkeit, Biomedizin und Nichtbiomedizin lokal zu denken und insbesondere multiple Erfahrungen des Feldes zu berücksichtigen. Insbesondere durch die Aussage „heal from where you are“ wird die Situationsbezogenheit von Heilung in der Klinik untermauert.

Obige Erkenntnisse aus der Feldforschung bestätigen, dass das starre Konzept des Medizinpluralismus unzureichend ist, um die tansanische Heillandschaft zu beschreiben und zu verstehen. Um die Verwicklungen der Biomedizin in der Nichtbiomedizin und umgekehrt in der postkolonialen Heilung zu erklären, rückt Langwick den *body multiple* (Langwick 2008, 2011) in den Vordergrund. Multiplizität in Anlehnung an Langwick und erweitert mit den Konzepten der multiplen Ordnung (Street und Coleman 2012; Street 2014) und dem *hospital multiple* (Chabrol und Kehr 2020) erachte ich als maßgebend für die Erfassung der Klinik und die postkoloniale Heilung.

9.1 Ausblick, Limits und weiterführende Fragen

Im ersten Teil dieser Arbeit diskutierte ich die Kategorien „traditionelle Medizin“ und „moderne Medizin“, ich möchte hier erneut auf ihre soziale Konstruktion hinweisen und hervorheben wie wichtig es auch für zukünftige Arbeiten ist, diese Kategorien aufzubrechen, ihre Wechselwirkungen zu betonen und durch die Verwendung der situierten Begrifflichkeiten die Diversität sprachlich sichtbar zu machen. Ich sehe außerdem die Notwendigkeit, Begrifflichkeiten über Heilung in Englisch, Kiswahili und den indigenen Sprachen der jeweiligen Ethnie zu beleuchten um Misinterpretation entgegenzuwirken. In diesem Kontext erachte ich es auch als empfehlenswert, die historische Dimension die in dieser Arbeit angeschnitten wurde zu vertiefen um die postkoloniale Heillandschaft und die dort anzutreffenden Spannungsfelder und Machtdynamiken zu beleuchten. Indem nur die Erfahrungen und Sichtweisen des Klinikteams und der NRO in dieser Arbeit Thematisierung erfuhren, fehlen die Blickwinkel anderer zentraler Akteur*innen. Dies stellt Anreiz dar, in späteren Arbeiten den Erfahrungen anderer Akteur*innen wie insbesondere den Patient*innen und *waganga* Platz einzuräumen. Auch wurde der Einfluss von Tourist*innen, Sponsor*innen, Volontär*innen und internationale Gesundheitsexpert*innen, die im Feld anzutreffen sind, kaum erörtert, dieser ist allerdings nicht zu vernachlässigen.

Als erste Klinik die Biomedizin und Nichtbiomedizin in Tansania vereint, hat diese Institution eine Vorbildfunktion. Eine Frage die sich die Klinik in Zukunft stellen sollte, ist wie sie sich positioniert. Die Klinik kann ein Ort sein, der hinterfragt, welches Wissen, welche Subjekte und Objekte legitimiert sind und wer diese legitimiert. Beispielsweise rege ich dazu an, dass der Wissensaustausch zwischen Klinik und *waganga* nicht nur durch die Projektleiterin erfolgen sollte, sondern auch zwischen Praktizierenden der Klinik und *waganga* zu forcieren wäre, sofern dieser Austausch seitens der *waganga* erwünscht ist. Da es sich um ein junges Projekt handelt in dem sich Prozesse und Abläufe erst entwickeln, scheint es mir interessant, das Spannungsfeld zwischen institutionellen Vorgaben und den pragmatischen Beziehungen zu begleiten und später einer erneuten Analyse zu unterziehen. In Anbetracht dessen, dass Heilung in einem multiplen Gefüge stattfindet und individuell ausverhandelt wird, stellt sich die Frage, wie andere tansanische Kliniken das vom Staat vorgegebene Konzept samt Registrierungsprozess umsetzen werden.

Bibliografie

- Abu-Lughod, Lila. 2008. „Writing Against Culture.“ In *The Cultural Geography Reader*, hg. v. Timothy Oakes, 50–59. London: Routledge.
- Aminzade, Ronald. 2013. *Race, Nation, and Citizenship in Post-Colonial Africa: The Case of Tanzania*. 1. Aufl. New York: Cambridge University Press.
- Amit, Vered. 2000. *Constructing the Field: Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. European Association of Social Anthropologists. London, New York: Routledge.
- Baer, Hans A. 2022. „Medical Pluralism: An Evolving and Contested Concept in Medical Anthropology.“ In *A Companion to Medical Anthropology*, hg. v. Merrill Singer, Pamela I. Erickson und César E. Abadía-Barrero. 2. Aufl., 342–57. Hoboken, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Barnard, Alan, Hg. 2010. *The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. 2. Aufl. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Beach, Dennis. 2005. „From Fieldwork to Theory and Representation in Ethnography !!!!“. In *Methodological Issues and Practices in Ethnography*, hg. v. Geoff Troman, Bob Jeffrey und Geoffrey Walford. 1st ed., 1–17. Studies in educational ethnography v. 11. Amsterdam: Elsevier JAI.
- Bech, Margunn M., Yusufu Q. Lawi, Deodatus A. Massay und Ole B. Rekdal. 2013. „Changing Policies and Their Influence on Government Health Workers in Tanzania, 1967–2009: Perspectives from Rural Mbulu District.“ *The International journal of African historical studies* 46 (1): 61–103.
- Benjamin, Patricia A. 2002. „Land and Water in Southwest Meru, Northern Tanzania, 1895–1995.“ Clark University.
- Bignante, Elisa und Nadia Tecco. 2013. „Is Indigenous Health Knowledge Converging to Herbalism? Healing Practices Among the Meru and the Maasai of the Ngarenanyuki Ward, Northern Tanzania.“ *Geoforum* 48:177–86. doi:10.1016/j.geoforum.2013.04.026.
- Böhme, Claudia. 2015. „Look with Your Own Eyes!": Visualizations of Spirit Mediums and Their Viewing Techniques in Tanzanian Video Films.“ In *Trance Mediums and New Media: Spirit Possession in the Age of Technical Reproduction*, hg. v. Heike Behrend, Martin Zillinger und Anja Dreschke, 221–240; 301–304. United States.
- Breidenstein, Georg, Stefan Hirschauer, Herbert Kalthoff und Boris Nieswand. 2020. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. 3. Aufl. München: UVK Verlag.
- Brocco, Giorgio. 2021. „Assemblages of care around albinism: Kin-based networks and (in)dependence in contemporary Tanzania.“ In *Managing Chronicity in Unequal States*, hg. v. Laura Montesi und Melania Calestani, 112–31. Ethnographic perspectives on caring: UCL Press. <http://www-jstor-org.uaccess.univie.ac.at/stable/j.ctv1nnwhmv.11>.
- Broom, Alex, Assa Doron und Philip Tovey. 2009. „The inequalities of medical pluralism: Hierarchies of health, the politics of tradition and the economies of care in Indian oncology.“ *Social Science & Medicine* 69 (5): 698–706. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.002.

- Bruchhausen, Walter. 2010. „Heiltraditionen oder „traditionelle Medizin“? Von Förderung und Verweigerung des biomedizinischen Paradigmas in Tansania.“ In *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*, hg. v. Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt, 245–65. Frankfurt am Main: Peter Lang. <https://ubdata.univie.ac.at/AC07334604>.
- Butovskaya, Marina L., Valentina N. Burkova und Dmitriy V. Karelin. 2016. „The Wameru of Tanzania: Historical Origin and Their Role in the Process of National Integration.“ *Social Evolution & History* (15): 141–63.
- Chabrol, Fanny und Janina Kehr. 2020. „The Hospital Multiple: Introduction.“ *Somatosphere. Science, Medicine and Anthropology*. <http://somatosphere.net/2020/hospital-multiple-introduction.html/>. Zugriff am 8. April 2024.
- Claudius Verlag München. o.J. „Globaler Süden – Globaler Norden.“ Zugriff am 11. Februar 2024. <https://www.claudius.de/schueler/lexikon/globaler-sueden-globaler-norden>.
- Clifford, James. 1990. „On ethnographic fieldnotes.“ In *Fieldnotes: The makings of anthropology*, hg. v. Roger Sanjek. Ithaca, London: University of Cornell Press.
- Coleman, Simon und Peter Collins. 2006. „Introduction: 'Being ... Where?' Performing Fields on Shifting Grounds.“ In *Locating the field: Space, place and context in anthropology*, hg. v. Simon Coleman und Peter Collins, 1–21. A.S.A. monographs, / 42. Oxford, New York: Routledge.
- Comaroff, Jean und John L. Comaroff. 2012. „Theory from the South: Or, how Euro-America is Evolving Toward Africa.“ *Anthropological Forum* 22 (2): 113–31. doi:10.1080/00664677.2012.694169.
- Cooper, Malcolm. 2010. „East Africa: Volcanoes, Glaciers and Safari Parks.“ In *Volcano and Geothermal Tourism: Sustainable Geo-Resources for Leisure and Recreation*, hg. v. Malcolm Cooper und Patricia Erfurt-Cooper. 1. Aufl., 59–63. London, Washington, D.C. Earthscan.
- Craig, Sienna R. 2012. *Healing Elements: Efficacy and the Social Ecologies of Tibetan Medicine*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Dilger, Hansjörg. 2010. „'My relatives are running away from me!': Kinship and care in the wake of structural adjustment, privatisation and HIV/AIDS in Tanzania.“ In *Morality, Hope and Grief: Anthropologies of AIDS in Africa*, hg. v. Hansjörg Dilger und Ute Luig, 102–26. New York: Berghahn.
- Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt. 2017. „Medizinethnologie.“ In *Ethnologie: Einführung in die Erforschung kultureller Vielfalt*, hg. v. Bettina Beer, Hans Fischer und Julia Pauli. 9. Aufl., 335–52. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Erdtsieck, Jessica. 2003. *In the Spirit of Uganga: Inspired Healing and Healership in Tanzania*. Amsterdam: AGIDS.
- Eriksen, Thomas H., Hg. 2015. *Small Places, Large Issues: An Introduction to Social and Cultural Anthropology*. 4. Aufl. London: Pluto Press.
- Feierman, Steven. 1985. „Struggles for Control: The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa.“ *African Studies Review* 28 (2/3): 73–147. doi:10.2307/524604.

- Feierman, Steven M. 1970. *The Shambaa Kingdom: A History*. Illinois: Northwestern University.
- Gaines, Atwood D. und Robbie Davis-Floyd. 2004. „Biomedicine.“ In *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, hg. v. Carol R. Ember und Melvin Ember, 95–109. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Gall, Lothar, Karl-Joachim Hölkeskamp und Hermann Jakobs, Hg. 2006. *Geschichte Afrikas im 19. und 20. Jahrhundert*. Unter Mitarbeit von L. Harding. 2. Aufl. Oldenbourg Grundriss der Geschichte 27. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Glatz, Astrid. 2010. „Wu ji bai feng wang, Parkemed und Ingwer: Medizinpluralismus im Bereich der Frauenheilkunde unter chinesischen Studentinnen.“ Universität Wien.
- Hannah, Seth D. 2011. „Clinical Care in Environments of Hyperdiversity.“ In *Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity*, hg. v. Mary-Jo D. Good, Seth D. Hannah, Sarah S. Willen, Ken Vickery und Lawrence Taeseng Park, 35–69. New York: Russell Sage Foundation.
- Helman, Cecil. 2017. „Introduction.“ In *Medical anthropology*, hg. v. Cecil Helman, xv–xxix. The international library of essays in anthropology. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hörbst, Viola und Angelika Wolf. 2014. „ARVs and ARTs: Medicoscapes and the Unequal Place-Making for Biomedical Treatments in Sub-Saharan Africa.“ *Med Anthropol Q* 28 (2): 182–202. doi:10.1111/maq.12091.
- Hsu, Elisabeth. 2002. „The medicine from China has rapid effects": Chinese medicine patients in Tanzania.“ *Anthropology & medicine* 9 (3): 291–313. doi:10.1080/13648470216335.
- . 2017. „Medical Pluralism.“ In *International Encyclopedia of Public Health*, hg. v. Stella R. Quah. 2. Aufl., 8–12. Amsterdam: Elsevier.
- Hunter, Emma. 2012. „The History and Affairs of TANU: Intellectual History, Nationalism, and the Postcolonial State in Tanzania.“ *The International journal of African historical studies* 45 (3): 365–83.
- Iliffe, John. 1978. *A modern history of Tanganyika*. 1. Aufl. African studies series 25. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press.
- . 1998. *East African Doctors: A History of the Modern Profession*. 1. Aufl. African studies series 95. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press.
- Janzen, John M. 1978. *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- . 2002. *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*. Boston, MA [u.a.]: McGraw-Hill.
- Jennings, Michael. 2008. *Surrogates of the State: NGOs, Development, and Ujamaa in Tanzania*. Boulder, London: Lynne Rienner Publishers, Kumarian Press.
- . 2015. „The Precariousness of the Franchise State: Voluntary Sector Health Services and International NGOs in Tanzania, 1960s - Mid-1980s.“ *Social Science & Medicine* 141:1–8. doi:10.1016/j.socscimed.2015.07.018.

- Khalikova, Venera. 2023. „Medical Pluralism.“ In *The Open Encyclopedia of Anthropology*, hg. v. Felix Stein, Joel Robbins, Andrew Sanchez, Matei Candea, Sian Lazar, Rupert Stasch und Hildegard Diemberger. Facsimile of the first edition in *The Cambridge Encyclopedia of Anthropology*, 1–21. Online.
- Kimambo, Isaria N., Gergory H. Maddox und Salvatory S. Nyato. 2017. *A New History of Tanzania*. Dar es Salaam: Mkuki na Nyoka Publishers.
- Klein, Tamar. 2012. „Configuring Trans* Citizens in South Africa: Somatechnics, Self-Formation and Governmentality.“ In *Rethinking Biomedicine and Governance in Africa: Contributions from Anthropology*, hg. v. Paul W. Geissler, Richard Rottenburg und Julia Zenker, 43–74. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- . 2017. „Afterword.“ In *African Medical Pluralism*, hg. v. William C. Olsen und Carolyn F. Sargent, 261–64. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- Klingenberg, Michael. 2021. „Writing and Representation.“ In *Handbook of Ethnography in Healthcare Research*, hg. v. Paul M. W. Hackett und Christopher M. Hayre, 264–73. Oxon, New York: Routledge.
- Knipper, Michael. 2010. „Traditionelle Medizin als strategische Ressource in Ecuador. Indianische Heilkunde im Kontext.“ In Dilger und Hadolt, *Medizin im Kontext*, 203–22.
- Krause, Kristine, Gabriele Alex und David Parkin. 2012. *Medical Knowledge, Therapeutic Practice and Processes of Diversification*. Working Paper 12-11. Göttingen: Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity.
- Lambert, Helen. 2010. „Medical Anthropology.“ In *The Routledge encyclopedia of social and cultural anthropology*, hg. v. Alan Barnard. 2. Aufl., 456–60. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Langwick, Stacey A. 2008. „Articulate(d) Bodies: Traditional medicine in a Tanzanian hospital.“ *American Ethnologist* 35 (3): 428–39. doi:10.1111/j.1548-1425.2008.00044.x.
- . 2011. *Bodies, Politics, and African Healing: The Matter of Maladies in Tanzania*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- , Hg. 2015. *Partial Publics !!!!! The Political Promise of Traditional Medicine in Africa* 56.
- . 2017. „The Value of Secrets: Pragmatic Healers and Proprietary Knowledge.“ In Olsen und Sargent, *African Medical Pluralism*, 31–49.
- . 2021. „Properties of (Dis)Possession: Therapeutic Plants, Intellectual Property, and Questions of Justice in Tanzania.“ *Osiris* 36:284–305. doi:10.1086/714263.
- Langwick, Stacey A., Rajshree Chandra, Rosemary J. Coombe, Ruth J. Prince, Noelle Sullivan und Claire Wendland. 2015. „Partial Publics: The Political Promise of Traditional Medicine in Africa.“ *Current Anthropology* 56 (4): 493–514. doi:10.1086/682285.

- Langwick, Stacey A., Hansjörg Dilger und Abdoulaye Kane. 2012. „Introduction: Transnational Medicine, Mopile Experts.“ In *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*, hg. v. Hansjörg Dilger, Abdoulaye Kane und Stacey A. Langwick, 1–27. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Leslie, Charles M. 1975. „Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems.“ In *Medicine in Chinese Cultures*, hg. v. Arthur Kleinman, 401–17. Washington, DC: Government Publishing Office.
- . 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- . 1980. „Medical Pluralism in World Perspective.“ *Social science & medicine. Medical anthropology* 14B (4): 191–95. doi:10.1016/0160-7987(80)90044-7.
- Livingston, Julie. 2012. *Improvising Medicine: An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*. Durham, London: Duke University Press.
- Long, Debbi, Cynthia Hunter und Sjaak van der Geest. 2008. „When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography.“ *Anthropology & medicine* 15 (2): 71–78. doi:10.1080/13648470802121844.
- Manderson, Lenore, Elizabeth Cartwright und Anita Hardon. 2016. „Introduction: Sign Posts.“ In *The Routledge Handbook of Medical Anthropology*, hg. v. Lenore Manderson, Elizabeth Cartwright und Anita Hardon, 2–14. New York, NY: Routledge.
- Marcus, George E. und Michael M. J. Fischer. (1986) 1999. *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. 2. Aufl. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Marmer, Elina. 2018. „Kritisches Weißsein als Perspektivwechsel und Handlungsaufforderung.“ In *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen - Konzepte - Handlungsfelder*, hg. v. Süleyman Gögercin, Karin E. Sauer, Barbara Schramkowski und Beate Blank, 291–302. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Marsland, Rebecca. 2007. „The Modern Traditional Healer: Locating 'Hybridity' in Modern Traditional Medicine, Southern Tanzania.“ *Journal of Southern African Studies* 33 (4): 751–65. doi:10.1080/03057070701646845.
- Melubo, Kokel und Anna Carr. 2019. „Developing indigenous tourism in the bomas : critiquing issues from within the Maasai community in Tanzania.“ *Journal of Heritage Tourism* 14 (3): 219–32. doi:10.1080/1743873X.2018.1533557.
- Mesaki, Simeon. 2013. „Recapping the Meru Land Case, Tanzania.“ *Global Journal of Human Social Sciences Economics* 13 (1): 15–24. 2249-460x.
- Ministry of Health - Tanzania. 2005-2024a. „Health Facility Registry.“ Zugriff am 14. Januar 2024. <https://hfrs.moh.go.tz/web/index.php?r=portal%2Fadvanced-search>.
- . 2005-2024b. „Operating Health Facilities Distribution In Tanzania Mainland.“ Zugriff am 14. Januar 2024. <https://hfrs.moh.go.tz/web/index.php?r=portal%2Findex>.
- Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and children. 2021. „Health Sector Strategic Plan July 2021 – June 2026 (HSSP V): Leaving No One Behind.“ Zugriff am 19. April 2024.

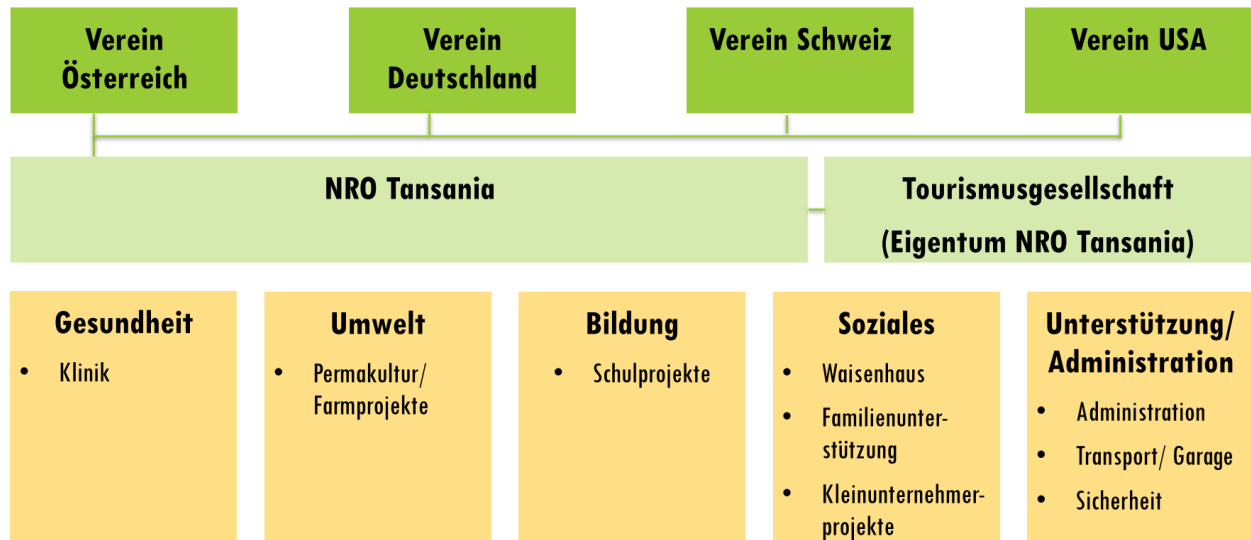
- https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/TZA_Tanzania_Health-Sector-Strategic-Plan-V_2021-2026.pdf.
- Mkhwanazi, Nolwazi. 2016. „Medical Anthropology in Africa: The Trouble with a Single Story.“ *Medical anthropology* 35 (2): 193–202. doi:10.1080/01459740.2015.1100612.
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Munson, Robert B. 2005. „The Landscape of German Colonialism: Mt. Kilimanjaro and Mt. Meru, ca. 1890-1916.“ Dissertation, Boston University.
- Musante, Kathleen. 2015. „Participant Observation.“ In *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*, hg. v. H. R. Bernard und Clarence C. Gravlee. 2. Aufl., 238–76. Lanham, MD [u.a.]: Rowman & Littlefield.
- Neumann, Roderick P. 1992. „Political Ecology of Wildlife Conservation in the Mt. Meru area of Northeast Tanzania.“ *Land Degradation and Development* 3 (2): 85–98. doi:10.1002/ldr.3400030203.
- Nichols-Belo, Amy. 2018. „Witchdoctors" in White Coats: Politics and Healing Knowledge in Tanzania.“ *Medical anthropology* 37 (8): 722–36. doi:10.1080/01459740.2018.1476974.
- Olsen, William C. und Carolyn F. Sargent, Hg. 2017a. *African Medical Pluralism*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- . 2017b. „Introduction.“ In Olsen und Sargent, *African Medical Pluralism*, 1–27.
- Parkin, David. 2013. „Medical Crises and Therapeutic Talk.“ *Anthropology & medicine* 20 (2): 124–41.
- Penkala-Gawęcka, Danuta und Małgorzata Rajtar. 2016. „Introduction to the Special Issue 'Medical Pluralism and Beyond'.“ *Anthropology & medicine* 23 (2): 129–34. doi:10.1080/13648470.2016.1180584.
- Prime Minister's Office Regional Administration and Local Government und Meru District Council. 2017. „Meru District Council Socio-Economic Profile.“.
- Puritt, Paul. 1971. „The Meru of Tanzania: A Study of Their Social and Political Organization.“ Anthropology, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- . 2017. „The Meru of Northeastern Tanzania.“ In *The Chagga and Meru of Tanzania*, hg. v. Sally F. Moore und Paul Puritt, 91–139. Ethnographic Survey of Africa 18. London, New York: Routledge.
- Rea-Holloway, Melinda und Steve Hagelman. 2021. „Ethnographers in scrubs: ethnographic observation within healthcare.“ In Hackett und Hayre, *Handbook of Ethnography in Healthcare Research*, 213–23.
- Rekdal, Ole B. 1999. „Cross-Cultural Healing in East African Ethnography.“ *Medical Anthropology Quarterly* 13 (4): 458–82. doi:10.1525/maq.1999.13.4.458.
- Schicho, Walter. 2004. *Nord- und Ostafrika*. Handbuch Afrika. In drei Bänden 3. Frankfurt am Main, Wien: Brandes & Apsel Verlag.
- . 2010. *Geschichte Afrikas*. Stuttgart: Konrad Theiss Verlag.

- Schüle, Johann A. und Simon Reitze. 2021. *Wissenschaftstheorie für Einsteiger*. 5. Aufl. Wien: Facultas Verlag.
- Schwarzenbach, Jessica und Paul M. Hackett. 2021. „Ethical Considerations in Ethnography.“ In Hackett und Hayre, *Handbook of Ethnography in Healthcare Research*, 11–22.
- Sobo, Elisa J. 2022. „Re/Inventing Medical Anthropology: Definitional Struggles and Key Debates (or: Answering the Cri Du Coeur).“ In Singer, Erickson und Abadía-Barrero, *A Companion to Medical Anthropology*, 9-25.
- Spear, Thomas. 1997. *Mountain Farmers: Moral Economies of Land and Agricultural Development in Arusha and Meru*. 1. Aufl. Dar Es Salaam [u.a.]: Mkuki na Nyota [u.a.].
- . 2016. „Introduction.“ In *Being Maasai: Ethnicity and Identity in East Africa*, hg. v. Thomas Spear und Richard Waller, 1–18. Suffolk [u.a.]: James Currey [u.a.].
- Spear, Thomas und Richard Waller, Hg. (1993) 2016. *Being Maasai: Ethnicity and Identity in East Africa*. Suffolk [u.a.]: James Currey [u.a.].
- Street, Alice. 2014. *Biomedicine in an Unstable Place: Infrastructure and Personhood in a Papua New Guinean Hospital*. Experimental futures: technological lives, scientific arts, anthropological voices. Durham, London: Duke University Press.
- Street, Alice und Simon Coleman. 2012. „Introduction: Real and Imagined Spaces.“ *Space and Culture* 15 (1): 4–17. doi:10.1177/1206331211421852.
- The Traditional and Alternative Medicine Act, 2002. Act No. 23. Parliament of the United Republic of Tanzania. 2002. Zugriff am 4. Mai 2024. <https://www.parliament.go.tz/polis/uploads/bills/acts/1454076133-ActNo-23-2002.pdf>.
- The United Republic of Tanzania, Ministry of Finance and Planning, Tanzania National Bureau of Statistics and President’s Office - Finance and Planning und Office of the Chief Government Statistician, Zanzibar. 2022. „The 2022 Population and Housing Census: Administrative Units Population Distribution Report.“ Zugriff am 19. April 2024. https://www.nbs.go.tz/nbs/takwimu/Census2022/Administrative_units_Population_Distribution_Report_Tanzania_volume1a.pdf.
- Thomas, Stefan. 2019. *Ethnografie: Eine Einführung*. Qualitative Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Tummons, Jonathan. 2021. „Constructing Ethnographic Data in Medical Education.“ In Hackett und Hayre, *Handbook of Ethnography in Healthcare Research*, 153–63.
- van der Geest, Sjaak und Kaja Finkler. 2004. „Hospital Ethnography: Introduction.“ *Social Science & Medicine* 59 (10): 1995–2001. doi:10.1016/j.socscimed.2004.03.004.
- Vertovec, Steven. 2007. „Super-diversity and Its Implications.“ *Ethnic and Racial Studies* 30 (6): 1024–54.
- Waltorp, Karen. 2021. „Multimodal Sorting: The Flow of Images Across Social Media and Anthropological Analysis.“ In *Experimenting with Ethnography: A Companion to Analysis*, hg. v. Andrea Ballesterio und Brit R. Winthereik, 133–50. Experimental futures. Durham, London: Duke University Press.

- Williams, Beth A. 2022. „'Bananas are for Women, Coffee is for Men': Gendered Narratives of Agricultural Histories on Mount Meru, Tanzania.“ *African Studies Review* 65 (1): 143–65. doi:10.1017/asr.2021.120.
- Wolf, Eric R. und Thomas H. Eriksen. 2010. *Europe and the people without history*. Unter Mitarbeit von N. L. Diaz. Berkeley: University of California Press.
- World Trade Organization. 2021. „Intellectual property (TRIPS) - frequently-asked questions.“ Zugriff am 25. Januar 2024.
https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/tripfq_e.htm#GATT1947.
- Wright, Ian M. 1963. *The Meru Special Report: The Meru Land Case*.

Anhang

Anhang Grafik 1 - Organigramm NRO



Eigenedarstellung – Pseudonymisierte Darstellung

Anhang Grafik 2 - Organigramm Klinik



Eigenedarstellung – Pseudonymisierte Darstellung

Anhang - Übersicht der empirischen Forschung

Feldaufenthalt

30. August 2022 – 27. Oktober 2022

Teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche

Durchgeführt über die gesamte Aufenthaltsdauer. Festgehalten in Gesprächs- und Beobachtungsprotokolle sowie im Feldjournal

Montag-Freitag: Klinikalltag und außerklinische Aktivitäten mit Klinikteam

Wochenende und Feiertage: außerklinische Aktivitäten mit Klinikteam und Besuche bei Meshack (*mganga wa asili*)

Interviews

Interview 1: Klinik – Projektleiterin Karolina

Interview 2: *Remedy Department* – *Remedy Maker* Stella, Joyce, Samson

Interview 3: *Pharmacy Department* – Apotheker Nio

Interview 4: *Vitatec Department* – *Medical Attendant*/registrierte traditionelle Heilerin Shani

Interview 5: Zu Hause bei Meshack – *mganga wa asili* Meshack

Reflexionsaufenthalt und Klärung offener Fragen

02. Mai 2023 – 15. Oktober 2023

Ausschnitt aus Interview

Interview mit Stella, Joyce, Samson, Klinik in Tanzania, Arusha

Transkriptionskopf

Aufnahmetag und Ort: 24. Oktober 2022, Remedy Department der Klinik

Dauer der Aufnahme: etwa 30 Minuten

Name der Transkribierenden und Interviewerin: J.A.

Interviewpartner*innen: Stella, Joyce, Samson (Remedy Maker der Klinik)

Situation: Es handelt sich um ein Interview, welches am Arbeitsplatz der Interviewpartner*innen durchgeführt wurde. Die Tür stand offen, große Fenster in den Innenhof, das Setting gestaltete sich daher nicht als intim. Es kam allerdings zu keinen Unterbrechungen. Im Hintergrund der Aufnahme kann man Stimmen von Patient*innen und des Klinikteams wahrnehmen. Das Gespräch fand sitzend am Verkaufstresen statt. Stella, Joyce, Samson kennen sich gut, sie arbeiten seit Jahren zusammen. Auch die Interviewerin war ihnen bereits seit zwei Monaten bekannt. Samson redete zumeist sehr leise. Samson und Stella nickten oft und stimmten Joyce auch wörtlichen zu.

Bearbeitungsstand: abgeschlossen

Kommentar: Während des Interviews notierte ich mir Stichwörter auf einem Block.

Zeichen Legende

Zeichen/Abkürzung	Bedeutung
[]	Kommentare, außersprachliche Ereignisse
// //	Überlappungen und Simultansprechen
/	Abbruch
(unv.)	Wort oder Ausdruck unverständlich; Vermuteter Wortlaut
(.), (..), (...)	Redepause kurz, mittel, lang
JA	Interviewerin J.A.
SA	Samson
ST	Stella
JO	Joyce

Interview Transkript - Ausschnitt

JA: What is for you the difference between this center and other centers in Tanzania?

This clinic and other hospitals, what is for you the difference? #00:02:34#

ST: For me the difference is the combination of natural and school medicine. Because if the patient come from far, they came here and they get the remedies. And if you want/ Maybe sometimes you can write down the school medicine and combine it with natural remedies they say I can use the natural remedies I will be healed. And you ask

the patient, 'Why?' The patient say, 'I used a lot of school medicine, but I didn't see the results. So let me use the natural remedies.' #00:03:24#

JA: And for you, what is the big difference? #00:03:26#

SA: Big difference for me. Most people come from far. And in far we have another hospital, but they come here because of this natural medicine. You can't come/ Because this is good for people, because if we use this more [sagt etwas auf Kiswahili, Stella antwortet darauf "school medicine", daher gehe ich davon aus, dass Samson gefragt hat, wie Biomedizin auf Englisch heißt] school medicine, is not good for people. You can get/ You know it is not good for human beings but if you use thisi you can get more health, health. But slowly, it is not (unv. hurry). So many come here because of this natural medicine because even far, we have this local, traditional. We we have, we have, we have this other medicine. But people come here for this. [man hört ein Geräusch, Samson hebt eine Packung Panaceo, die am Tisch vor ihm liegen in die Höhe als er "this" sagt]. That's why. Always people come. Because in Arusha we have, we have, we have/ #00:04:30#

ST: There is a lot of herbal clinics, //they cannot// #00:04:32#

SA: //Herbal clinic//. But people come here because of this and because of Karolina, because of we have, we have trad/, we have medicine, we have here. But another it's not good, it is difficult to get, those medicine, that is why people always come here, (unv.) to take this. That is the/ It is very important for me. #00:05:01#

ST: And the last time, last week I had a patient from Dar es Saalam, he used more than three (unv.) to treat the stomach cancer and he didn't get the, even he is a (unv.) till now. So he came here and he used our remedies from Thursday to Friday and now he says that "I think I am okay." Since he started using our remedies. Because he said that there is/ the medicine he uses natural is from herbal clinic and he pay a lot of money. For the first (unv. dosis) he paid like 800.000. And what we told him to stop, we stop him wheat, milk and sugar and the the herbal clinic that treat him before, they told him to eat wheat all day, till he came here, and we stopped him. #00:06:27#

SA: In the herbal clinic you can't get this, like this, look, for example, in the herbal clinic in Tanzania, Arusha you can't get this medicine. #00:06:36#

ST: //Cannot get it// #00:06:36#

JA: //And this like// What is it #00:06:39#

SA: You can't get, it's difficult, it's from abroad. //You can't get it. That's why//
#00:06:42#

ST: //You can't.// #00:06:42#

JA: //So you can't get it there.// What is this? #00:06:44#

ST: Panaceo. #00:06:45#

JA: Panaceo. Ok, so you can't get it in other herbal clinics? #00:06:48#

ST: //You cannot get it.// #00:06:50#

SA: //Aa, in any// go and find. You can't get in any herbal clinic this medicine.
#00:06:53#

JA: Ya okay, but here you can get it. #00:06:56#

ST: So, the patient they came here because everything is cheap, and you get healed.
#00:07:03#

JA: Hmm, ya. And for you Joyce [ich spreche Joyce an, die bis jetzt noch nichts gesagt hat], is there anything, what is for you a main difference between this clinic and/
#00:07:13#

JO: The difference is, ya, we are in natural remedies/ You know in Tanzania mostly in this region in Arusha when you use natural remedies it seems like it is a, it's a, cost a lot of money. For us we are cheaper, we are doing all services but cheap. And the second thing is we are different from them is, you can't get school medicine and natural remedy together. You will not in the other hospitals. The third thing is, you go to/ you see the doctor/ the medical doctor/ The difference is we see the medical doctor, the professional medical doctor, then you go to the laboratory or ultrasound or/ #00:08:10#

ST: Vitatec. #00:08:12#

JO: Vitatec. You go to the other machine, a lot of machines, then they get the result of the disease, then they write to you what you can use (..) in natural remedies. That's the difference, you can't get in the other hospital. #00:08:34#

JA: Ya. #00:08:36#

ST: And natural remedies you can't not get kidney failure, you cannot get problem of the liver. #00:08:46#

SA: Even hypertension, you can get it. You can get hypertension. [sagt Samson leise] #00:08:51#

ST: Ya when you use our remedies. But other school medicine or other natural remedies you can get kidney failure and also problem of the liver, because of, I think, what I can say, it's like/ [fragte die anderen etwas auf Kiswahili] #00:09:17#

SA: Investigation, investigation. #00:09:18#

ST: There is no good investigation for other herbals. Here we have a lot of investigation in our herb. #00:09:29#

JA: You mean like research? #00:09:31#

ST: Yes research, yes. So you know, here that is a medicine, but here that is a poison. What you can do? But in other herbals, they can't not able to manage it. Here they manage it and our patient feel good. #00:09:53#

JA: Hm, ya, ya. And now I want to ask, for yourself, what do you think what position or role should nature have in medicine. (...) In medicine, what does nature mean to you? Is it/? (...) [Joyce, Stella und Samson reden kurz auf Swahili]. #00:11:08#

JO: Should I make the answer? #00:11:10#

JA: Ya. #00:11:11#

JO: About the natural, the nature? #00:11:13#

JA: Ya nature. So what does nature mean to you? How important is it for medicine? #00:11:25#

JO: It is important because there are no chemicals in nature, no. It's, it's/ You know, all these people they use nature things. But when they lose, they start using/ This generation when it's start using the school medicine, most of them, you can use the school medicine, but it will left you with a lot of toxin. So in nature this is, it is food and it is medicine. So it is important to me. Something which is food and it is medicine it is very important to me. So let the nature remain (.) as it is. (..) #00:12:11#

JA: And you do you have something to add on that? (...) [Samson und Stella flüstern glaub ich leise, „the same“]. So the same as Joyce said, yeah? [sie nicken] #00:12:40#

Abstract Deutsch

Gegenstand dieser Masterarbeit ist die Dynamik von biomedizinischen und nichtbiomedizinischen Heilpraktiken in einer Klinik im nordöstlichen Tansania. Es ist die erste jener Kliniken die dem staatlichen Ziel folgt, Biomedizin und Nichtbiomedizin an einem Ort zu vereinen. Basierend auf einer zweimonatigen ethnographischen Feldforschung wird das Spannungsfeld zwischen institutionellen Vorgaben und der Ausverhandlung im Klinikalltag durch das Klinikteam diskutiert. Der Fokus liegt dabei auf der institutionellen, intersubjektiven und materiellen Ebene der Klinik. Um aufzuzeigen in welcher Multiplizität Heilung in der Klinik stattfindet, werden die Interaktionen zwischen Klinik, Klinikpersonal, Patient*innen und Materialitäten (Arzneimittel) beleuchtet. Für die Diskussion der Vielfältigkeit und der Wechselwirkungen zwischen Heilpraktiken, dient in der Anthropologie oftmals das Konzept des Medizinpluralismus. Dem stellt diese Arbeit das Konzept der Multiplizität gegenüber und argumentiert, dass dieses ermöglicht, auch Machtdynamiken, die biomedizinische Validierung und die Verwicklung unterschiedlicher Epistemologien und Ontologien in der postkolonialen Heilung zu berücksichtigen.

Abstract English

This master thesis explores the dynamics of biomedical and non-biomedical healing practices in a clinic in north-eastern Tanzania. It is the first clinic that follows the governmental objective of combining biomedicine and nonbiomedicine in one place. Based on two months of ethnographic field research, the tension between institutional guidelines and the negotiation of everyday clinical practice by the clinic team is discussed. Emphasis is placed on the institutional, intersubjective and material level of the clinic. In order to show the multiplicity in which healing takes place, the interactions between the clinic, clinic staff, patients and materialities (medicines) are examined. In anthropology, the concept of medical pluralism is often used to demonstrate the variety and interactions between healing practices. This thesis demonstrates that the concept of pluralism is not sufficient and argues that instead the concept of multiplicity sheds light on power dynamics, biomedical validation and the entanglements of different epistemologies and ontologies in postcolonial healing.